

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da
UBS/ESF Bojuru, São José do Norte/RS**

Gustavo Rodolfo Rosso Garandan

Pelotas, 2015

Gustavo Rodolfo Rosso Garandan

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da
UBS/ESF Bojuru, São José do Norte/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família EaD da Universidade Federal de
Pelotas em parceria com a Universidade Aberta
do SUS, como requisito parcial à obtenção do
título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marcela Soares de Lima Brant

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

G212m Garandan, Gustavo Rodolfo Rosso

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Bojuru, São José do Norte/RS / Gustavo Rodolfo Rosso Garandan; Marcela Soares de Lima Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Brant, Marcela Soares de Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

***A todos os usuários da Vila de Bojuru.
A todos os colegas da equipe de saúde.***

Agradecimentos

À minha esposa, pela paciência, correções, lidas e relidas dos textos.

Aos meus filhos e filhas.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram.

À Marcela minha atual orientadora.

À Cristiane minha antiga orientadora.

À UFPel e seu corpo docente.

Resumo

GARANDAN, Gustavo Rodoldo Rosso. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Bojuru, São José do Norte/RS**. 2015. 97f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem fatores de risco para o desenvolvimento de cardiopatias, neuropatias e doenças vasculares em geral, sendo que as doenças cardiovasculares são consideradas a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. Estas doenças geram muitos sintomas que requerem uma adequada avaliação e controle, tendo por objetivo evitar complicações, como a falência de órgãos vitais. Pensando nisso, foi realizada uma intervenção na ação programática destinada aos usuários portadores de HAS e/ou DM da Unidade Básica de Saúde (UBS) Bojuru, no município de São José do Norte/RS, a qual teve início em 27 de abril de 2015 e finalizou em 17 de julho do mesmo ano, totalizando 12 semanas e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM. A intervenção realizou ações que contemplou quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Antes da intervenção, tínhamos na área de abrangência da UBS uma cobertura de 40,2% para os usuários com HAS e de 33,5% para aqueles com DM e os nossos indicadores de qualidade demonstravam como a qualidade da assistência ofertada necessitava de adequações. Ao final de três meses, foram cadastrados e acompanhados 331 usuários com hipertensão e 71 com diabetes, perfazendo uma porcentagem de 62,2% de cobertura de atenção aos portadores de HAS e 54,2% de cobertura para os portadores de DM da área de abrangência. Além da ampliação da cobertura, também qualificamos a assistência, pois, todos os usuários que participaram da intervenção tiveram seus registros adequados na ficha de acompanhamento, receberam orientação sobre hábitos saudáveis, importância da atividade física regular e os riscos do tabagismo. Enfim, a intervenção proporcionou a melhoria da qualidade da assistência, a partir da ampliação dos indicadores de cobertura e de qualidade, o que gerou a qualificação dos atendimentos aos usuários, a realização de mais ações de promoção da saúde e uma maior integração entre os profissionais da equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Pirâmide Etária do Município de São José do Norte/ RS.....	17
Figura 2	Fotografia dos atendimentos feitos com apoio da Unidade Móvel..	55
Figura 3	Fotografia da equipe em atendimento na comunidade de Curral Velho.....	55
Figura 4	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde. São José do Norte/RS, 2015.....	60
Figura 5	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde. São José do Norte/RS, 2015.....	61
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.....	63
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.....	63
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo,. São José do Norte/RS, 2015.....	65
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.....	65
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. São José do Norte/RS, 2015.....	67
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. São José do Norte/RS, 2015.....	67
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São José do Norte/RS, 2015.....	68
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São José do Norte/RS, 2015.....	69
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. São José do Norte/RS, 2015.....	70
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. São José do Norte/RS, 2015.....	71
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. São José do Norte/RS, 2015.....	72
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. São José do Norte/RS, 2015.....	74

Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. São José do Norte/RS, 2015.....	74
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. São José do Norte/RS, 2015.....	75
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. São José do Norte/RS, 2015.....	77
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. São José do Norte/RS, 2015.....	77
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre sobre os riscos do tabagismo. São José do Norte/RS, 2015.....	78
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre sobre higiene bucal. São José do Norte/RS, 2015.....	79
Figura 24	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre sobre higiene bucal, São José do Norte/RS, 2015.....	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EMATER	Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta de Dados
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão	80
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências	92
Anexos	93
Anexo A – Planilha de coleta de dados	94
Anexo B - Ficha-espelho	95
Anexo C – Documento do Comitê de Ética.....	96

Anexo D – Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	97
--	----

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel), sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bojuru, situada no Município de São José do Norte/RS e teve como objetivo geral buscar a melhoria da qualidade da atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes da área.

O volume está organizado em sete partes, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade quatro. A quinta e a sexta parte se referem, respectivamente, aos relatórios desenvolvidos para serem apresentados aos gestores e para a comunidade. A proposta é dar um feedback às partes que se engajaram no projeto, prestando contas do que foi alcançado de avanço e do que ainda pode ser alcançado com a continuidade do programa. Na sétima e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da

intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização desta intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Faço parte da primeira turma do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) e fui alocado para cumprir o meu serviço na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bojuru, que fica a 80 km do município de São José do Norte, estado do Rio Grande do Sul. O Município fica a 250 km da divisa do Uruguai, entre a desembocadura da Lagoa dos Patos e o Oceano Atlântico. Trata-se de uma península cumprida, rodeada de água, com a sua cidade de referência, Rio Grande, do outro lado da Lagoa. Esta localidade possui difícil acesso, pois é necessária a utilização de lanchas ou balsa, já que não existe acesso terrestre e o transporte hidroviário não funciona em tempo integral.

A Secretaria de Saúde dispõe então de uma ambulância para remoções de pessoas que necessitam de internação hospitalar, numa travessia que dura uma média de 30 minutos e que sofre com as dificuldades humanas (indisponibilidade de médicos e enfermeiros para a travessia) e materiais (consertos no motor, caixa de marchas, dentre outras), sendo que, às vezes, é necessário alugar uma lancha turística para esses fins. O nosso hospital de referência fica em São José do Norte e esta unidade hospitalar possui estrutura antiga, com carência de serviços básicos, como: maternidade, pediatria, cirurgia. Recentemente, ocorreram algumas mudanças, como a inauguração da sala de urgência, gerando boas expectativas na população e nos trabalhadores da saúde.

A nossa UBS Bojuru estava carente de médico há quase um ano. Atualmente, a equipe é composta por: médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), odontólogo, fisioterapeuta, que atende uma vez por semana e nutricionista. Em relação à estrutura física, possui uma estrutura antiga, pois funcionava como hospital rural que há 10 anos foi desativado.

Possui formigas, baratas, escorpiões, o teto desabou e ainda tem muito entulho que não foi removido. Conta com muitos cômodos, consultório médico, odontológico, de enfermagem, de consulta ginecológica, sala de curativos, sala de observação, almoxarifado, sala de esterilização e sala de acolhimento com recepcionista, aparelho de ar condicionado, televisão e DVD. As micro áreas estão localizadas numa área de 20 km de comprimento e entre 5 a 20 km de largura.

O horário de atendimento é das 8h às 16hs, de segunda a sexta-feira. O atendimento médico na UBS é de segunda a quinta-feira, turno matutino, na segunda-feira, turno vespertino, são feitos atendimentos na Comunidade Quilombola Vila Nova. Na terça à tarde são realizadas visitas domiciliares com os ACS, com prioridade para acamados. Na quinta à tarde temos reunião de equipe.

A população é muito acolhedora e a equipe está comprometida com a melhoria do atendimento básico, fazem cursos e aprimoram a gestão da UBS. Apesar das dificuldades pessoais com a Secretaria de Saúde e com o coordenador do PMMB, é preciso ter sempre um sorriso no rosto, não perder a vontade de conseguir melhorias, disfarçar a tristeza pelas situações que já poderiam ter sido resolvidas e, trabalhar pela comunidade, que é carente, sozinha, afastada e que depende dos meus serviços.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de São José do Norte fica ao norte da cidade de Rio Grande, no estado do Rio Grande do Sul. É um município pequeno que possui 25.503 habitantes (IBGE, 2010) e é separada pelo canal da Lagoa dos Patos, sendo que o seu acesso depende do sistema hidroviário, o qual é composto por várias lanchas e balsas e, ainda, por uma ambulancha.

O município conta com seis UBS, sendo cinco localizadas na sede de município e uma na zona rural (Bojuru); existem seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e cinco equipes de saúde bucal. Contamos com apoio de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), mas não existe Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). No acesso às especialidades, o município é bem carente, somente tem cardiologista, pneumologista, pediatra, radiologista, traumatologista e ginecologista, sendo que alguns deles só realizam atendimento particular.

Existem duas clínicas radiológicas e ecográficas, sem exame de tomografia computadorizada, nem ressonância magnética, sendo que, para realizá-los, os usuários precisam ser encaminhados para outros municípios. O serviço de radiologia é básico, contando com laudo médico; e fornece eletrocardiografia básica com apoio do Telessaúde. Contamos com três laboratórios de análises clínicas que fazem atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A referência hospitalar é o Hospital São Francisco, que recentemente mudou sua administração filantrópica pelo gerenciamento da Fundação Getúlio Vargas, no intuito de melhorar os serviços hospitalares que ainda são bem carentes, sem serviço de maternidade, obstetrícia e neonatologia, os quais precisam ser referenciados para a cidade de Rio Grande, também não conta com serviço cirúrgico, nem apoio laboratorial. Este panorama de graves carências de serviços complementares, referência hospitalar e acessibilidade aos outros níveis de atendimento de maior complexidade conspira contra o princípio de integralidade do SUS e constitui o motivo de muitas reclamações por parte dos usuários do nosso serviço.

A nossa UBS Bujurú está localizada no terceiro distrito do município, considerada zona rural de difícil acesso e distante 75 km da sede do município. É composta por uma equipe de saúde da família que possui os seguintes profissionais: médico, odontólogo, enfermeiro, técnica em enfermagem, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, motorista, fisioterapeuta a cada 15 dias, nutricionista uma vez por semana e cinco ACS. A relação equipe-usuários é concordante com os dados do Ministério da Saúde (MS), já que somos responsáveis por uma média de 3.500 pessoas. Contamos com o apoio da ambulância do município e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) nos casos mais graves, com uma previsão de tempo de chegada de quarenta minutos, o que, às vezes, requer a permanência do médico ao lado do usuário para estabilização do quadro clínico e garantia de melhores condições para o transporte.

Em relação à estrutura física da UBS, o prédio é muito antigo e uma parte desabou há pouco tempo; há carência na rede elétrica e sanitária e para a privacidade e conforto dos profissionais e usuários. As condições de higiene são muito precárias, está infestado por formigas, insetos, escorpiões, etc. A coleta de lixo é carente, pois só acontece em alguns dias da semana, ficando o lixo com restos, potencialmente contaminantes, expostos na intempérie. O fornecimento de

insumos e materiais na área médica e odontológica é carente, embora exista medicação básica. Possui muitos cômodos, consultório médico, odontológico, de enfermagem, de consulta ginecológica, sala de curativos, sala de observação, almoxarifado, sala de esterilização e sala de acolhimento com recepcionista, aparelho de ar condicionado, televisão e DVD.

Dentre as estratégias planejadas pela equipe estão: o aprimoramento das condições de higiene, esforços para garantirmos a privacidade dos usuários durante os atendimentos, realização de ações educativas com o estímulo ao controle social e engajamento às ações planejadas pela equipe.

Alguns aparelhos de ar condicionado foram consertados recentemente, outros não funcionam. Não contamos com conexão à internet e, em alguns momentos, as linhas telefônicas não funcionam e utilizamos celulares próprios da equipe para ligações, contato com a Secretaria de Saúde, solicitação de remoções, dentre outras. Temos fossas sépticas parcialmente descobertas e há fornecimento de água não potável por tanque. Utiliza-se água em garrafas de cinco litros fornecidas pela Prefeitura. Toda a estrutura interior da UBS é de madeira e gesso, não temos paredes divisórias de alvenaria, nem nos banheiros. Alguns cômodos ainda guardam entulhos, aparelhos em desuso, macas antigas estragadas e outros objetos hospitalares de antiquário. Está planejada a construção de uma nova UBS e já foi adquirido o prédio ao lado da nossa UBS. Os trabalhos foram iniciados, mas as obras pararam há mais de um mês.

As atribuições específicas dos membros da equipe tentam se cumprir de acordo com as exigências do SUS. Existe um bom trabalho de equipe com frequente consulta entre colegas tentando solucionar de forma conjunta as diversas dificuldades surgidas, cumprem-se as restrições e atribuições exigidas pelos respectivos conselhos de classe. Algumas atribuições específicas não são feitas por motivos alheios à nossa vontade, como a realização da vacinação e de registros específicos, consultas em manuais técnicos. Assim, a ampliação do cumprimento das nossas atribuições específica dependerá do fornecimento de ferramentas, insumos humanos e materiais para tais fins.

A nossa área de abrangência conta com aproximadamente 3.500 habitantes. A composição etária da nossa área de abrangência segue os mesmos padrões das pirâmides de todo o Brasil, com alto índice de idosos, na sua maioria mulheres, com índice de natalidade em queda, relativamente pouca população jovem, agravada

pela corrente migratória para as cidades, na procura de melhores condições de vida, centros de estudos e fontes laborais. As características particulares da nossa área rural dificultam a acessibilidade dos membros da equipe às micro áreas. Lama, água, areias, dunas, são dificuldades comuns que a equipe deve enfrentar, muitas vezes em veículos inapropriados, para acessar moradias distantes. A Figura 1 mostra a pirâmide etária do município de São José do Norte.

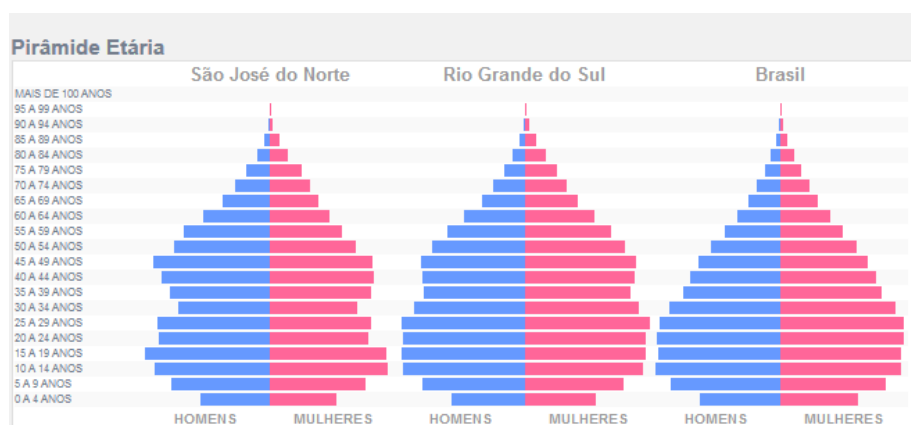


Figura 1: Pirâmide Etária do Município de São José do Norte/RS.
Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

Atenção especial merece à demanda espontânea. A longa distância até o nosso hospital de referência, as raízes culturais criadas pelo antigo “hospital de Bujurú” e costumes tradicionais da população são motivos de procura cotidiana por atendimento de urgência e emergência na UBS. O acolhimento dos usuários é feita na recepção da UBS com a correspondente triagem. As consultas agendadas têm melhorado nos últimos meses, em parte, vinculadas ao trabalho conjunto e assessoria realizada pela supervisora do PMMB que começou há poucos meses e também temos melhorado os nossos registros dos grupos etários. A equipe também teve que lidar com emergências verdadeiras, como: parada cardiorrespiratória, sangramentos arteriais, síndromes coronarianas, traumatismos graves, as quais dificultam o verdadeiro trabalho de atenção primária e passamos a exercer o papel do SAMU ou de um serviço de pronto atendimento. Esta dificuldade do atendimento de urgências e emergências é bem difícil de solucionar, gerando constante preocupação nos membros da equipe e na supervisão, agravado pela carência de medicação específica para tais fins. A dificuldade gerada pela longa distância é impossível de solucionar. A ferramenta educativa parece ser uma arma na superação deste difícil problema.

No atendimento às crianças, realizamos ações de educação na escola, Brasil sorridente, encaminhamento para vacinação completa, não temos ainda registros específicos para acompanhamento deste grupo, o que dificulta o monitoramento destas ações e sua correta avaliação. De acordo com os dados do Caderno de Ações Programáticas fornecido pelo curso, a cobertura de puericultura de minha área é de 29%, ou seja, possuímos um total de 12 crianças menores de um ano cadastradas e acompanhadas na UBS, se levarmos em consideração as 42 crianças estimadas. Das crianças acompanhadas, apenas sete crianças (58%) estão com a consulta em dia de acordo com os protocolos do MS.

As consultas médicas são feitas por agendamento e por demanda espontânea e ocorrem diariamente, assim como os atendimentos de urgência. Aproveitamos estes momentos para oferecer orientações em puericultura, hábitos alimentares, higiene e sinais de alarme. Temos procurado, nas visitas domiciliares, crianças faltosas, felizmente, somos bem recebidos pelos pais, que compreendem a importância deste controle e estão comparecendo com mais assiduidade à UBS. Casos de piodermite e impetigo são frequentes em nossos atendimentos, o que pode ser motivado pelo fato de algumas crianças brincarem nas ruas, com cachorros e gatos, na areia, lama e água contaminada. Reconhecemos a baixa qualidade do nosso atendimento e da nossa cobertura e sabemos que é necessário qualificar esta ação programática para que as crianças recebam o atendimento de forma adequada.

Em relação à assistência ao Pré-natal, nossa cobertura é muito baixa. Das 53 gestantes estimadas pelo CAP, possuímos apenas sete sendo acompanhadas na UBS, o que representa uma cobertura de 13%. As consultas de pré-natal são feitas pelo enfermeiro, inicialmente. No caso de existir alguma dúvida clínica ou suspeita de gravidez de risco, realiza-se encaminhamento ao médico, sendo que, em alguns casos, a consulta é feita em conjunto. Estimula-se o acompanhamento do parceiro nas consultas, mas nossas gestantes sabem que o nosso hospital de referência não conta com serviço de maternidade, plantão obstétrico, nem neonatologia, o que gera a procura de atendimentos em municípios vizinhos. Este costume das gestantes dificulta o nossos registros, monitoramento e o nosso planejamento de ações. Para as poucas gestantes acompanhadas pela equipe são fornecidos apoio odontológico, nutricional e fisioterapêutico. O atendimento ao pré-natal de alto risco é feito fora do

Município, mas este tem um agendamento demorado e, infelizmente, tivemos dois abortamentos espontâneos nos últimos sete meses.

A atenção puerperal também é deficiente, possuímos 12 puérperas (29%) acompanhadas na UBS, para 42 estimadas pelo CAP. Apenas nove usuárias deste grupo (75%) tiveram sua consulta puerperal registrada, sendo este um ponto que precisa ser melhorado. A avaliação e o monitoramento das ações são dificultados pela contrarreferência insuficiente, assim, dependemos do trabalho dos nossos ACS para o seguimento e procura de puérperas faltosas. Eles também colaboram nas ações educativas sobre amamentação, alimentação, cuidados com o recém-nascido, sendo que estas orientações também são dadas pelos demais integrantes da equipe.

Referente ao câncer de colo uterino, possuímos 600 mulheres entre 25 e 64 anos, residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, e este número equivale a uma cobertura de 61% em relação às 964 mulheres estimadas pelo CAP. A coleta de amostras para o exame citopatológico é feita na unidade, conservada e depois enviada aos laboratórios de patologia. As mulheres na faixa etária de rastreamento conhecem as nossas carências e por esse motivo, às vezes, preferem fazer este exame de forma particular, em consultórios ginecológicos fora da nossa área de abrangência.

No que diz respeito ao controle do Câncer de mama, o CAP estima 361 mulheres na área com idade entre 50 e 69 anos, entretanto possuímos na área 220 mulheres (61% de cobertura), e apenas 80% (175 mulheres) possuem exame de mamografia em dia. A regulação e o agendamento para realização dos exames laboratoriais e clínicos são muito demorados, de modo que as usuárias precisam aguardar meses para a realização e mais outro tempo para a chegada dos resultados. Devido às dificuldades na avaliação, monitoramento e planejamento de ações provenientes das questões expostas, é difícil fazer um seguimento adequado das mulheres com doenças ginecológicas ou da mama.

É possível perceber que os nossos indicadores de cobertura são muito baixos nas ações programáticas de Saúde da Criança, Pré-natal e Puerpério, Controle do Câncer do Colo do Útero e Câncer de mama colo uterino e câncer de mama e os mesmos somente poderão ser aumentados quando conseguirmos uma melhor qualidade no atendimento, agilidade, agendamento precoce, resultados confiáveis, dando mostras de segurança, profissionalismo e dispor de uma rede

integrada de atenção, estruturada aprimorada de acordo com o que rege as políticas públicas de saúde do Brasil.

Em relação aos usuários com HAS e/ou DM em minha UBS, possuímos 214 usuários com HAS (≥ 20 anos de idade), acompanhado pela UBS, e apresentamos uma cobertura de 27,3%, quando levamos em consideração os 782 estimados pelo CAP. O número de usuários com DM (≥ 20 anos de idade) acompanhados pela UBS é de 44 pessoas, assim, possuímos 19,6% de cobertura, de acordo com 224 pessoas estimadas pelo CAP. Os nossos indicadores de cobertura estão muito baixos e a qualidade da assistência também precisa ser melhorada.

Acredito que estas coberturas são decorrentes de uma inadequada busca dos usuários com estas doenças, ou dificuldades com a conclusão do diagnóstico clínico daqueles que comparecem à unidade com sinais e sintomas destas patologias. Aliado a estes fatores, ainda existem aquelas pessoas que desconhecem os fatores de risco e sinais destas enfermidades e, portanto, não são diagnosticados. Acho muito importante aumentar o número de atividades educativas para prevenção de fatores de risco destas doenças, como sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares não saudáveis, tabagismo, uso excessivo de álcool, sendo que o trabalho em equipe é essencial para que consigamos modificar os estilos de vida da população.

A quantidade de usuários idosos da nossa área se aproxima com os dados previstos pelo CAP, pois possuímos 450 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, o que equivale a uma cobertura de 94%, já que o CAP estima um total de 477 pessoas nessa faixa etária. Estes usuários buscam a UBS com frequência, cumprem nossas orientações, demonstram um melhor engajamento nas questões educativas, nos grupos e são carinhosos e compreensivos. A expectativa é boa, abraçando estes grupos de usuários com maior adesão aos nossos objetivos comuns e tentando espalhar redes de comunicação e engajamento que sejam compreendidas e aceitas por eles. Temos idosos acamados por diversas doenças que são acompanhadas nas visitas domiciliares, tem melhorado a avaliação dos idosos de acordo com avaliação multidimensional rápida, escores de risco e utilização de outras ferramentas que ainda eram subutilizadas.

Enfim, o cenário da saúde na área de abrangência da UBS Bujurú é reflexo da sua história e situação geográfica. Durante muitos anos esta unidade de saúde funcionou como hospital, com dois médicos que moravam ali mesmo fazendo

atendimento 24h, 15 dias cada um. O motivo fundamental desta particular estratégia era determinado pela acessibilidade à região, conhecida como a "estrada do inferno", pois se demorava 8h, na melhor das hipóteses, para as pessoas percorrerem os 80 km até a cidade mais próxima, com estradas cheias de lama, água e areia. Nos anos 2000, foi implantada a ESF na UBS, entretanto, as equipes eram incompletas (sem médicos, principalmente) e a população continuou enxergando esta unidade como se fosse um pronto socorro.

Acredito que os esforços feitos nos últimos anos pela equipe da unidade começam a dar seus frutos nos planos estratégicos básicos, educação na escola, palestras para grupos específicos, enfim, procurando engajamento social e a participação da comunidade. A equipe é jovem e comprometida e tem o objetivo comum de melhorar a saúde da nossa população.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após a conclusão do meu Relatório Situacional, eu consegui perceber algumas mudanças que ocorreram em minha UBS desde a primeira descrição que eu fiz durante a elaboração da tarefa da Semana 03 – Unidade de Ambientação. A avaliação inicial da UBS foi feita num olhar primário sem os conhecimentos que foram adquiridos ao longo da Unidade 01 do curso.

Assim, a princípio, relatei qual era a composição da equipe de saúde, fiz algumas observações sobre a rede de saúde municipal e os problemas detectados até aquele momento, principalmente em relação à estrutura física da UBS e as dificuldades de acesso do município. Para a elaboração desde cada ação programática bem como as abas do CAP e, comparar a nossa realidade aos manuais do MS e elaborar tarefas reflexivas, analisando as dificuldades e facilidades que encontramos no nosso dia a dia, para ir dando solução aos problemas de saúde que afetam nossa população.

O preenchimento do CAP foi, em alguns momentos, muito difícil, pois era preciso buscar informações de vários colegas da equipe, na procura de dados espalhados em diferentes registros. Sem dúvida, temos muitas coisas a mudar e tomara que consigamos parceiros nestas tarefas. A nossa percepção sobre a situação de saúde da UBS na qual atuo foi ampliada. Sei que os problemas são

passíveis de mudanças; tenho mais esperança e mais força para lutar por melhores condições de saúde, até porque, estes problemas não são exclusivos da UBS Bojuru. Assim, “olhar o sofrimento do vizinho às vezes ajuda na sobrevivência”.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM é um dos enfoques da Atenção Primária à Saúde (APS). Além de ser um grande problema de saúde pública no mundo inteiro e no Brasil, a HAS afeta 32% da população, em média, alcançando cifras alarmantes de 75% nas populações com mais de 75 anos de idade. No caso da DM a previsão para o ano de 2030 na América do Sul e América Central é de que 40 milhões de pessoas sejam portadoras desta patologia (BRASIL, 2013 a, b). De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial, a qual ainda pode provocar demência vascular, insuficiência cardíaca, acidente cérebro vascular, nefropatias, retinopatia, micro e macro angiopatias.

A ESF Bojuru encontra-se no terceiro Distrito do Município de São José do Norte, no estado do Rio Grande do Sul, distante 321 quilômetros da capital Porto Alegre. Possui uma equipe da ESF composta por: médico, odontólogo, enfermeiro, técnica em enfermagem, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, motorista, fisioterapeuta a cada 15 dias, nutricionista uma vez por semana e cinco ACS. Em relação à estrutura física, conta com: consultório médico, odontológico, de enfermagem, de consulta ginecológica, sala de curativos, sala de observação, almoxarifado, sala de esterilização e recepção.

A área de abrangência possui uma população de 3.500 pessoas, em média, das quais 214 pessoas maiores de 20 anos de idade possuem HAS e são acompanhadas pela UBS, ou seja, temos uma cobertura de 27,3% se levamos em consideração os 782 estimados pelo CAP, já a Planilha de Coleta de Dados (PCD) estima um total de 532 portadores de HAS e, nesse caso, a nossa cobertura prévia é

de 40,2%. O número de usuários com DM (≥ 20 anos de idade) acompanhados pela UBS é de 44 pessoas, assim, possuímos 19,6% de cobertura, de acordo com 224 pessoas estimadas pelo CAP, entretanto, a PCD estima um total de 131 pessoas com DM, assim a nossa cobertura prévia passa a ser de 33,5%, já que serão as estimativas fornecidas pela PCD que serão levadas em consideração durante a intervenção. Ações de promoção em saúde, especialmente aquelas referentes aos hábitos alimentares, cessação de tabagismo, promoção de atividade física e formação de grupos de portadores de HAS e/ou DM são algumas das atividades que já são desenvolvidas pela equipe da UBS.

Entretanto, é preciso buscar aqueles usuários que ainda não possuem o diagnóstico definido ou que não são acompanhados pela UBS, conseqüentemente, é necessária a ampliação dos nossos indicadores de qualidade. O grau de implementação da ação programática escolhida ainda é reduzida por diferentes fatores inerentes à organização do trabalho da equipe, disponibilidade de recursos, dificuldade de cadastramento dos usuários e fatores não modificáveis derivados das condições geográficas, território, climatológicas e antropológicas.

A escolha do foco da intervenção foi realizada de forma conjunta, desse modo, toda a equipe está envolvida na ação programática escolhida e todos estão comprometidos para alcançarem, no período de 16 semanas, as metas pactuadas, bem como fazer com que as ações desenvolvidas durante a intervenção façam parte da rotina do serviço. Dentre as facilidades temos: a disposição participativa dos membros da equipe, bem como a análise prévia de alguns registros que serão utilizados no preenchimento das planilhas fornecidas pelo curso; contamos com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e da prefeitura deste Município para o desenvolvimento de nossas atividades. Em relação aos pontos negativos, podemos citar: as dificuldades geográficas da área que limitam o acesso aos usuários e vice-versa; a necessidade de transporte para realização de algumas visitas domiciliares; o atraso no agendamento de exames e recebimento dos resultados.

Enfim, acredito que esta intervenção contribuirá para conhecermos melhor a população da nossa área de abrangência, bem como melhorar o modo e o estilo de vida dos portadores de HAS e/ou DM e, para isso, faz-se necessário que toda a equipe continue unida e engajada na busca do mesmo propósito: melhorar a qualidade do serviço ofertado.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Qualificar a atenção em saúde de usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da Unidade Básica de Saúde Bojuru, no município de São José do Norte/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ diabetes ao programa, as metas são:

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações, as metas são:

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 5: Mapear os usuários com hipertensão, de risco para doença cardiovascular, as metas são:

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, as metas são:

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Bojuru, no Município de São José do Norte/RS. Participarão da intervenção todos os portadores de HAS e/ou DM, com idade igual ou superior a 20 anos e que fazem parte da área desta UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações a serem desenvolvidas e seus detalhamentos estão abaixo agrupadas por objetivos específicos e subdivididos por eixos pedagógicos.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos portadores de HAS e/ou DM:

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

Estamos aprimorando os registros dos portadores de hipertensão e/ou diabetes da UBS com base em planilhas próprias para que, no início da intervenção, possamos transferir os dados para as planilhas fornecidas pelo curso. Também serão utilizados os dados contidos nos prontuários dos usuários e nas fichas-espelho. Vamos discutir com a equipe as novas planilhas de registro e determinar a periodicidade do monitoramento, tendo em mente que este processo é muito importante para aperfeiçoarmos as ações implementadas e gerar subsídios para a avaliação adequada desta ação programática.

Sabemos da importância do monitoramento adequado das ações, entretanto, também estamos cientes da existência de algumas dificuldades que podem atrapalhar esta atividade, como: a falta de ACS numa micro área, usuários que são acompanhados por cardiologista ou endocrinologista fora do município, outros que preferem o acompanhamento especializado fora da UBS aproveitando a facilidade na procura de medicação não fornecida pela UBS, sérias dificuldades no

deslocamento da equipe para procura de usuários faltosos na nossa grande área de abrangência, e dificuldades próprias do inverno, frio, chuvas e alagamentos.

Eixo Organização e Gestão do serviço:

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

O médico e/ou enfermeiro da equipe realizará um treinamento para capacitação de toda equipe em relação ao acolhimento dos portadores de HAS e/ou DM e sobre a adequação do registro dos mesmos. Faremos o levantamento dos materiais necessários para a tomada da medida da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, glicosímetros e fitas de glicemia) para atender a demanda da unidade, e caso haja necessidade, solicitaremos a quantidade necessária junto à Secretaria Municipal de Saúde. Ações de acolhimento de usuários na recepção serão aprimoradas, tanto na demanda espontânea como nas consultas agendadas, e deverá ser viabilizado material informativo, tipo folders para serem entregues aos usuários.

Eixo Engajamento Público:

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Por meio de palestras, atividades educativas, salas de espera e orientações individuais dadas durante as consultas, a equipe irá informar aos usuários sobre o Programa de Atenção à HAS e à DM e a importância de aferir a pressão arterial, destacando informações sobre sintomas clássicos destas patologias e doenças

intercorrentes, com foco especial na depressão e infecções em usuários imuno-comprometidos. Também serão difundidas orientações educativas sobre sintomas de hipoglicemia. Estas atividades serão divulgadas na emissora de rádio AM da região e com cartazes na UBS; serão convidados a participar destas palestras o grupo de funcionários que atuam na Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER), associação rural da região, comunidade quilombola e a população em geral. As palestras ocorrerão no salão comunitário da igreja ou centro educacional da prefeitura.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado de manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento:

O médico irá informar à equipe sobre o fluxograma e algoritmos mais comuns utilizados para as patologias de HAS e DM, esclarecendo sobre a possibilidade de utilização dos recursos de telessaúde e teleconferência disponíveis na UBS. A equipe será qualificada no rastreamento da hipertensão de acordo com a estratificação dos níveis pressóricos e o médico esclarecerá as diferenças que podem ocorrer em usuários mais idosos (hiato auscultatório, pseudo-hipertensão Osler) e como deve ser feita a abordagem multiprofissional. Para isso, a equipe da UBS será capacitada para realizar a verificação adequada da pressão arterial e do hemoglicoteste, sendo que o teste de glicose será feito em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Os ACS serão capacitados para o cadastramento de usuários com HAS e DM da área de abrangência.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção aos portadores de HAS e/ou DM

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e conforme periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.

Detalhamento:

A partir da análise dos prontuários, fichas-espelho e dos registros das informações, monitoraremos se os usuários estão recebendo exame clínico apropriado e se foram solicitados os exames laboratoriais. Também será verificado se todos os usuários possuem resultado do exame de eletrocardiograma, caso não possuam, providenciaremos a realização. Em reunião com a equipe, discutiremos a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os portadores de HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

Além de monitorar a realização dos exames clínicos apropriados dos usuários, considerou-se importante estabelecer uma periodicidade nas avaliações e na qualidade dos resultados de exames complementares e contrarreferência dos especialistas. Infelizmente, existem alguns fatores negativos que podem prejudicar este monitoramento: resultados de exames laboratoriais diferentes no mesmo indivíduo e opiniões de especialistas diferentes; também existe uma grande demora no agendamento de consultas com alguns especialistas e atrasos importantes na procura de alguns estudos clínicos. Também será monitorada a existência de suplementos nutricionais e vitaminas para os usuários com déficits.

Além disto, manteremos o que já faz parte da rotina da UBS: os encaminhamentos feitos para especialistas são levados pela recepcionista, no carro da Prefeitura que faz a viagem diariamente entre Bojurú - São José do Norte para autorização pela Secretaria da Saúde, que informa via telefônica, a data e o horário do atendimento.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor na unidade de versão impressa atualizada do protocolo adotado.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares atualizados.
- Realizar controle de estoque de medicamentos.
- Manter registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade.

Detalhamento:

Será realizada reunião com a equipe para o estudo e conhecimento dos cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde nº 36 e 37, Hipertensão e Diabetes Mellitus, os quais serão utilizados como protocolo durante a intervenção. Na reunião, também serão definidas as funções de cada membro da equipe no desenvolvimento das atividades propostas. Será colocado um quadro contendo as etapas da ação estratégica, o cumprimento, os dados relevantes, tarefas a serem realizadas por cada um de nós, com evolução semanal e mensal das ações por cada profissional.

Definiremos o calendário e a periodicidade das reuniões da equipe para as capacitações e solicitaremos ao gestor municipal a impressão dos protocolos de HAS e DM para que os mesmos fiquem à disposição na UBS para consulta de todos os integrantes da equipe. Também insistiremos com o gestor municipal a realização de exames complementares, priorizando aqueles mais urgentes, bem como a reposição do estoque de medicamento, quando necessário, garantindo que nenhum usuário fique sem os medicamentos prescritos.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade em geral quanto a necessidade e periodicidade da realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento:

Por meio de palestras, atividades educativas, salas de espera e orientações individuais dadas durante as consultas, a equipe irá informar aos usuários sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e da DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; quanto a necessidade e periodicidade da realização de exames complementares e quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e como obter este acesso.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento:

A qualificação da prática clínica envolvendo os profissionais da equipe será realizada no dia a dia, às vezes aproveitando casos clínicos que surgem nos atendimentos, utilizando como base, as orientações dos protocolos do MS. A qualificação será focada nos órgãos e sistemas atingidos por estas doenças, promovendo a leitura frequente de protocolos clínicos com a equipe, qualificando sobre os valores normais dos exames e interpretação dos resultados, além de capacitar sobre interações medicamentosas, indicações, contraindicações e efeitos adversos dos medicamentos da Farmácia Popular - HIPERDIA.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de portadores de HAS e/ou DM ao programa.

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Por meio dos registros feitos no prontuário clínico, na ficha-espelho e na planilha de coleta de dados, a recepcionista, o enfermeiro ou o médico monitorará a frequência dos usuários às consultas, identificando os faltosos para que seja mantido o bom funcionamento do programa.

Eixo Organização e gestão do serviço:*Ações:*

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Os faltosos serão buscados por meio de visitas domiciliares feitas pelos ACS. Para acolhimento dos idosos provenientes das buscas, os ACS agendarão os usuários de acordo com as datas repassadas pela equipe, já que serão reservadas vagas para os faltosos. A recepcionista terá a responsabilidade de identificar o usuário que chegar à UBS e o encaminhará para a consulta com o médico ou enfermeiro. Tentaremos agregar outras formas de contato com o usuário e sua família (telefone, celular, e-mail), já que buscaremos registrar estas informações nos prontuários de cada usuário.

A periodicidade das visitas dependerá de vários fatores (fornecimento de veículos da prefeitura, condições das estradas e do tempo). Tentaremos manter a nossa programação de visitas semanais (todas as terças-feiras).

Eixo Engajamento público:*Ações:*

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar evasão no atendimento clínico a estes usuários.
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Toda a equipe será responsável por informar à comunidade sobre a importância da realização das consultas; escutaremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e/ou DM (se houver número excessivo de faltosos). Também se esclarecerá aos usuários-alvo da

intervenção e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, por meio de cartazes fixados na USB.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ação:

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

O médico e/ou enfermeiro realizará treinamento com os ACS para a orientação da comunidade sobre a importância das consultas periódicas e sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

A qualidade dos registros dos portadores de HAS e/ou DM acompanhados na UBS será monitorada por meio da análise do prontuário e ficha-espelho de cada usuário, quando o enfermeiro, o médico ou a recepcionista identificará se todas as informações estão sendo registradas. A planilha de coleta de dados também servirá como parâmetro de qualidade, já que ela necessita de várias informações para ser devidamente preenchida.

Iremos aproveitar os atendimentos dos usuários na escuta inicial para melhorar os registros dos seus dados pessoais e familiares, registros de informações sobre a patologia e fluxograma de exames laboratoriais.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame

complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

A ficha-espelho e a planilha para coleta dos dados servirão de fonte de informações para atualização semanal do SIAB e, durante a reunião da equipe será definido qual membro fará esse monitoramento. A equipe receberá capacitação sobre os formulários de registros e realizadas as devidas orientações de como proceder no preenchimento dos mesmos. Esses registros deverão ser bem completos para que, qualquer informação buscada seja encontrada, o que ajudará a identificar falhas na assistência prestada.

Eixo Engajamento público:

Ação:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

Detalhamento:

Por meio de palestras, atividades educativas, salas de espera e orientações individuais dadas durante as consultas, a equipe irá informar aos usuários e à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, se necessário.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Durante as reuniões de equipe, os membros serão treinados pelo médico para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário portador de HAS e/ou DM. É necessário aproveitar os atendimentos dos usuários na escuta inicial para melhorar os registros dos seus dados pessoais e familiares, bem como realizar todos os registros de forma adequada. Os profissionais que prestam assistência (enfermeiro e odontólogo) serão capacitados pelo médico para o preenchimento adequado de formulários, prontuário, receitas e

encaminhamento, bem como, de todos os procedimentos clínicos realizados durante as consultas.

Objetivo 5 - Mapear portadores de HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

Por meio da análise do prontuário clínico e da ficha espelho dos participantes da intervenção, iremos monitorar o número de usuários com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento da demanda.

Detalhamento:

Para facilitar a identificação de usuários com maior risco de complicações agudas e portadores de sequelas graves ou acamados, iremos dispor, nos consultórios, cartazes com fluxograma de risco, segundo protocolos acadêmicos. Assim, os usuários classificados como de alto risco, serão priorizados para atendimento, de acordo com uma agenda previamente combinada.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Por meio de palestras, atividades educativas, salas de espera e orientações individuais dadas durante as consultas, a equipe irá informar aos usuários e à comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco

modificáveis. Os usuários participantes da intervenção serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Durante as reuniões de equipe, o médico irá capacitar a equipe para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A equipe deverá entender a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nesta população.

Felizmente, alguns dos dados requeridos para a avaliação de risco cardiovascular já estão nos prontuários e alguns deles já foram feitos de acordo ao Score de Framingham. Assim como também já temos avaliações de índice de massa corporal, ações de promoção de saúde referidas aos hábitos saudáveis, alimentação balanceada e riscos do tabagismo, sendo que todas essas ações foram feitas e registradas com ajuda da nossa nutricionista.

Objetivo 6 - Promover a saúde de portadores de HAS e/ou DM

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ações:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional a hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular a hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo a hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

O monitoramento de: realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, realização de orientação nutricional,

realização de orientação para atividade física regular e realização de orientação sobre riscos do tabagismo será realizado pelo enfermeiro, médico ou recepcionista a partir da análise dos registros feitos nos prontuários e ficha espelho.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ações:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento no abandono ao tabagismo.

Detalhamento:

Organizaremos a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético, estabelecendo prioridades de atendimento levando em consideração a classificação do risco odontológico. Buscaremos, junto o gestor municipal, a realização de procedimentos mais complexos e utilização de materiais modernos visando alcançar integralidade na saúde bucal e oferecendo vínculos com os programas Saúde na Escola e Brasil Sorridente; tentaremos garantir o fornecimento de suplementos nutricionais e vitaminas e a realização de reuniões comunitárias sobre cozinha saudável, nutrientes essenciais, e alimentos substitutivos. Solicitaremos do gestor municipal a instalação de aparelhos ginásticos para academia na rua e viabilizaremos caminhadas juntamente com os usuários portadores de HAS e/ou DM.

Eixo Engajamento público:

Ações:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o odontólogo.
- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da atividade física regular.
- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:

Serão alvos de ações educativas em saúde cardiovascular os usuários da UBS, professores de escolas, alunos, grupos religiosos, esportistas, funcionários estatais ou estaduais. Toda a equipe será responsável pela realização de orientações por meio de palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo os seguintes temas: alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo, higiene bucal.

Ações de educação em saúde especialmente referidas a hábitos alimentares cessação de tabagismo promoção de atividade física e formação de grupos de hipertensos e idosos são algumas das atividades de promoção em saúde que já são desenvolvidas pela equipe da UBS.

Eixo Qualificação da prática clínica:

Ações:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso ou diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

O médico e enfermeiro realizarão palestras comunitárias, visando oferecer informação e conhecimentos aos usuários e colegas da UBS na qualificação da

prática clínica. Ainda não temos data fixada nem local, que possivelmente será o salão comunitário da Igreja ou o Centro Educacional da Vila. Faltam ainda detalhes operacionais a serem viabilizados pela Secretaria de Saúde e Prefeitura (equipamentos informáticos, projetor, áudio, etc). Será comunicado ao público com cartazes e na rádio local.

A equipe será informada sobre lesões suspeitas de câncer bucal, dietas básicas, importância das atividades físicas regulares e tabagismo passivo. Nestas tarefas será fundamental a realização de reuniões com a direção de atenção básica do município e as equipes de secretaria de saúde, além de procurar parceiros sociais ou empresariais que possam viabilizar estas ações. A discussão de oportunidade e prioridades será feita em conjunto com a equipe na quinta-feira no turno da tarde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.4: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos portadores de HAS e/ou DM vamos adotar como protocolos o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus –

(BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). Além destes protocolos, contamos na UBS com alguns livros e referências bibliográficas de consulta que também serão utilizados. O registro de dados será feito na planilha de coleta de dados (ANEXO A) disponibilizada pelo curso e utilizaremos o prontuário daquele usuário e a ficha espelho, também disponibilizada pelo curso, (ANEXO B) para o registro e coleta de informações. Solicitaremos ao gestor municipal a impressão das fichas espelho em quantidade suficiente, as quais serão anexadas aos prontuários.

Contamos com a maioria dos elementos necessários para a viabilização da ação escolhida destacando-se dentre estes aspectos: o envolvimento da equipe, possibilidade de realização de ações focadas na educação em saúde e identificação de usuários de alto risco, melhorando a nossa classificação segundo estratificação de risco e o sentimento manifestado por alguns usuários desejosos em cuidarem melhor da sua saúde e dos seus familiares.

Antes de iniciar a intervenção, será feita uma reunião com a equipe na qual será explicada como acontecerá a intervenção, os objetivos e metas que deveremos alcançar. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os protocolos de HAS e DM para que toda a equipe utilize estas referências na assistência a estes usuários. A qualificação da prática clínica envolvendo os profissionais da equipe será realizada no dia a dia, utilizando como base, as orientações dos protocolos do MS. Estas capacitações ocorrerão na própria UBS e serão feitas durante as reuniões de equipe.

Para a efetivação das ações da intervenção, contaremos com o apoio de um veículo fornecido pela Secretaria de Saúde e motoristas para a realização das visitas domiciliares e procura de faltosos, visitas dos ACS e atendimento na comunidade quilombola, com fornecimento dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS.

Será realizada uma procura de portadores de HAS e/ou DM nos arquivos de prontuários, nas informações dos ACS e nos registros do programa da UBS. Os dados serão transferidos para a ficha-espelho, a qual contém algumas informações muito importantes, como: nome completo, idade, endereço, peso, estatura, IMC, valores de pressão arterial, glicose, resultados de exames laboratoriais e medicações em uso. Os usuários serão avaliados com eletrocardiograma, que será feito nas semanas seguintes na UBS, sendo que alguns deles já possuem este

estudo. Será analisada a presença de arritmias classificadas de acordo a origem atrial ou ventricular, extra-sístoles, síndromes de pré-excitação, bloqueios atrioventriculares ou de feixe, e outras arritmias, calculando a sua incidência e outros dados estatísticos de relevância.

Também será feita um levantamento epidemiológico na área de abrangência da UBS para identificação de portadores de HAS e/ou DM que ainda não estão sendo acompanhados pela UBS. Esta tarefa será requerida aos ACS no seu trabalho de campo cotidiano. O acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem.

O preenchimento da ficha espelho será feito pela técnica de enfermagem, no momento da triagem. Os valores de estatura, peso e IMC serão calculados e passados ao médico. Este fluxo será controlado pela recepcionista que manterá o ordenamento gerado pelas fichas fornecidas no acolhimento.

O preenchimento dos dados da PCD será feito pelo médico no momento da consulta, de acordo com a anamnese, exame clínico e com os dados já existentes no prontuário do usuário. Além disto, estaremos acrescentando no prontuário o número de telefone de algum integrante da família, endereço de e-mail, dados que, anteriormente, não eram obtidos, como mecanismo de facilitar o contato com os usuários faltosos, oferecendo-lhes os serviços que a UBS possui, fornecimento de receitas e facilidades no fornecimento de medicação pela Farmácia Popular.

Utilizaremos alguns minutos, no final do expediente diário, para uma breve reunião entre médico, enfermeiro e técnica de enfermagem para monitorar e avaliar rapidamente os atendimentos daquele dia e saber se será necessária alguma visita domiciliar para o dia seguinte, derivada de problemas clínicos dos usuários, se algum deles deve retornar, verificar se algum usuário com HAS e/ou DM atendido naquele dia está com exames complementares atrasados; se falta avaliação nutricional ou há descontrole nos valores de pressão arterial e/ou glicemia capilar feitos na triagem.

Usuários com demandas por doenças agudas vinculadas à HAS ou DM serão atendidos no mesmo dia, de forma prioritária, e sairão da consulta com o retorno agendado para 24 ou 48 horas após.

O registro da medicação habitual de cada usuário servirá como parâmetro da utilização dos medicamentos fornecidos na farmácia da UBS ou na Farmácia Popular, além de permitir contabilizar, por exemplo, a quantidade mínima de

Enalapril, Captopril, Metformina, etc, que precisam abastecer o estoque mensal, o que será controlado nas ações de monitoramento. Embora seja um dado extrapolado, a utilização de fármacos não disponibilizados na UBS ou Farmácia Popular que constem no prontuário permitirá saber que o usuário está sendo acompanhado fora da UBS por outros profissionais da saúde, a maioria deles, cardiologistas ou endocrinologistas dos ambulatórios de especialidades ou de forma particular, o que será avaliado nas ações de adesão.

Será providenciado um novo cartaz com os “dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com HAS”, que será exposto no consultório da nutricionista, a qual faz parte da nossa equipe multiprofissional. Com a ajuda desta profissional, orientaremos os usuários com hipertensão e diabetes, além de seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Estas ações, com as melhorias na logística proposta, farão parte de um grande impulso na adesão dos usuários, sendo essencialmente participativa, chamando a compartilhar questões inerentes aos cuidados de diabéticos e hipertensos junto aos ACS, técnica de enfermagem, enfermeiro, o usuário e sua família. Também, solicitaremos o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e/ou diabéticos que não comparecem às consultas e, aproveitaremos o momento para esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento a este grupo e daremos orientações sobre estas doenças.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Bojuru teve como foco a melhoria no serviço prestado aos usuários com hipertensão e diabetes da área adstrita da unidade. O projeto deste trabalho foi organizado para que a intervenção fosse realizada em 16 semanas, no entanto, esta aconteceu durante 12 semanas por orientação da coordenação do curso, para que assim fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 05 ao calendário estabelecido pela universidade. Assim, esta intervenção teve início em 27 de abril de 2015 e finalizou em 17 de julho do mesmo ano. Durante este período, realizamos ações baseadas nos objetivos e metas traçadas, previamente, no projeto de intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante 12 semanas de intervenção, o projeto foi seguido, em grande parte, conforme proposto e conseguimos atingir muitas das metas propostas. É fundamental destacar que, os resultados obtidos no cumprimento das ações são frutos de um trabalho em equipe, estabelecido desde o início da intervenção, pois antes de colocarmos o projeto em prática, foi feita uma reunião com a equipe na qual expliquei o que seria a intervenção, quais os objetivos, as metas e o que era esperado alcançar. Sem o apoio destes colegas teria sido impossível realizar as ações propostas, merecendo especial destaque ao trabalho dos agentes comunitários e da técnica de enfermagem, assim como da recepcionista da unidade.

No início da intervenção conversei com o enfermeiro, com a técnica de enfermagem e com a recepcionista sobre a importância de obter os dados completos dos usuários para o preenchimento das planilhas e formulários específicos. Foi analisado e discutido o jeito mais fácil de preencher esses dados, alguns deles no momento do acolhimento, outros já nos consultórios do enfermeiro e

técnica de enfermagem. As questões relativas ao exame físico e monitoramento dos exames complementares em dia ficaram por conta da consulta médica. Mensalmente, aproveitávamos a reunião da equipe para realizarmos o monitoramento das planilhas. A contrarreferência dos especialistas também foi avaliada pelo médico, assim como os laudos de internação hospitalar, quando necessário. Logo após, estas informações eram repassadas para o prontuário individual de cada usuário.

O monitoramento do exame clínico apropriado e dos resultados dos exames complementares ficou sob responsabilidade do médico, com periodicidade variável, de acordo com os agendamentos de retorno previstos: os atendimentos que eram realizados a cada três meses (usuários assintomáticos e com a doença controlada) ou de 15 dias a 1 (um) mês para aqueles com descontrole ou alteração dos valores obtidos nos exames. A maioria dos usuários com hipertensão e diabetes de baixa renda e mais carentes do território mora na micro área que não possui ACS. Assim, tínhamos que aguardar o retorno espontâneo deste usuário à UBS para avaliarmos melhor e monitorar as suas condições nutricionais, possibilidades de acesso aos alimentos básicos e suplementação vitamínica.

O enfermeiro e a técnica de enfermagem foram encarregadas pela verificação da pressão arterial e glicose dos usuários que chegavam à UBS. Elas já tinham pleno conhecimento destas técnicas, de acordo com as orientações dadas pelos protocolos específicos. Mesmo assim, em alguns momentos conversei com estas profissionais para esclarecer algumas dúvidas específicas em relação à utilização de algoritmos para diagnóstico e acompanhamento da HAS e DM. Também contamos com o apoio dos recursos do Telessaúde no caso de um usuários com diabetes com lesões de pele de difícil tratamento.

Para facilitar e agilizar o agendamento de consultas com especialistas e a realização de exames complementares, continuamos aproveitando as viagens diárias que a equipe fazia até a cidade para levar e trazer esses requerimentos.

Aproveitamos os casos clínicos individuais vistos nas consultas diárias para esclarecer alguns tópicos específicos sobre a HAS e DM, melhorando assim a qualificação da prática clínica dos demais profissionais da equipe. Realizamos leituras em conjunto (médico, enfermeiro e técnica de enfermagem) de algumas referências bibliográficas para atualizar os conhecimentos. Recebemos da Secretaria de Saúde do Município alguns cartazes informativos que ficaram

expostos nos consultório dos profissionais e área de trânsito comum da Unidade. Falamos com os demais integrantes da equipe sobre a disponibilidade de materiais para uso nas urgências e emergências, destacando o vínculo entre estas DCNT e as intercorrências que podem surgir.

Também conseguimos alcançar as metas de promoção da saúde propostas, levando aos usuários orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, abandono de tabagismo e saúde bucal, conforme preconizadas no projeto de intervenção. Estas questões passaram a ser hábito comum no cotidiano dos integrantes da equipe e sem dúvida continuarão sendo realizadas logo após a conclusão desta intervenção.

As orientações aconteciam nas próprias consultas realizadas tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro da unidade e os usuários recebiam as informações por meio das conversas e, para facilitar o entendimento, também deixávamos escrito, na própria receita, os dias para a prática de atividade física. Também entregávamos dietas específicas elaboradas pela nutricionista. Ainda, aproveitávamos para orientar os usuários com hipertensão e diabetes quando eles iam até a UBS para pegarem os medicamentos prescritos.

A recepcionista e a nutricionista foram encarregadas de distribuírem material informativo sobre dietas específicas para os usuários com hipertensão e diabetes, assim como material educativo sobre alimentação saudável. Dentre os materiais informativos mais requeridos pelos usuários estão as orientações gerais e alimentares para redução dos níveis de colesterol e triglicerídeos.

Com o apoio dos ACS e da recepcionista, utilizávamos o momento da reunião semanal da equipe para a atualização dos cadastros familiares e detecção de falhas no preenchimento das fichas de acompanhamento. Nesta reunião também eram identificados os faltosos e cada ACS ficava responsável pela busca de seu usuário. Reservamos duas vagas, por semana, para o atendimento de usuários faltosos provenientes de busca ativa realizada pelos ACS e a recepcionista utilizava estas vagas reservadas para o encaixe dos faltosos que compareciam ao serviço.

Conforme havíamos pactuado, os ACS realizaram buscas ativas de faltosos e também realizaram levantamento epidemiológico na área para identificação de usuários hipertensos e/ou diabéticos que estavam sem acompanhamento pela UBS. Essas buscas foram possíveis graças ao monitoramento dos registros da população e da atualização dos dados, como: endereços, telefones de contato, etc. Os

registros de informações dos usuários apresentavam uma qualidade aceitável, já no início da intervenção. As fichas de acompanhamento, fichas-espelho e outros registros específicos ajudaram a manter as informações atualizadas e estes documentos agora fazem parte da rotina do serviço.

Os usuários portadores de HAS e/ou DM que eram idosos ou acamados foram visitados tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro e estes usuários receberam controles clínicos mais frequentes e exaustivos conforme necessidade de cada um.

Temos conseguido fornecer receitas de medicação da farmácia popular a maioria dos usuários da UBS. Alguns deles que fazem acompanhamento com especialistas na cidade e utilizam outros fármacos não genéricos e manifestaram a vontade de continuar nessa prática por terem conseguido melhoras no controle de suas doenças. Esta escolha fundamentada de utilização de medicação fora da lista da farmácia popular foi respeitada. Igualmente, na realização dos exames complementares em dia ficamos dependentes da agilidade da Secretaria de Saúde nos agendamentos destes estudos. Para nossa alegria alguns usuários conseguiram fazer seus exames complementares de forma particular, o que possibilitou que a avaliação médica fosse realizada de forma adequada.

No período da intervenção ocorreram algumas mudanças na equipe: substituição do enfermeiro e da odontóloga, licença-maternidade da nutricionista, saída da auxiliar de saúde bucal, bem como férias de alguns integrantes da equipe. Todos estes fatores repercutiram negativamente na agilidade das ações a serem realizadas, uma vez que, para todo novo profissional que entrava na equipe, era necessário explicar todo o projeto e as atribuições de cada um, delegar novas tarefas e ainda explicar como deveria ser feito o preenchimento dos documentos utilizados.

Destacamos também a mudança no executivo municipal ocasionado pela substituição do prefeito, do vice-prefeito e do secretário de saúde do município, embora, para nossa sorte, o coordenador da atenção básica e o encarregado do PMMB tenham permanecido, já que estes interagem mais de perto com o nosso trabalho. No curso de especialização também ocorreram mudanças, pois a minha orientadora inicial foi substituída, mas, felizmente, essa alteração não trouxe prejuízos para o andamento da intervenção, pois foi dada continuidade às tarefas do curso.

Dentre as facilidades no desenvolvimento da intervenção posso destacar o engajamento dos integrantes da equipe, que perceberam as vantagens e a utilidade das ações propostas para a melhoria da qualidade do serviço oferecido, assim como a simplicidade para a utilização dos instrumentos de organização de dados, formulários e planilhas.

Como potencialidade aproveitada na intervenção, temos que destacar a utilização da Unidade Móvel da Secretaria de Saúde que nos permitiu prestar assistência em algumas áreas bem distantes do território, melhorando a acessibilidade à atenção básica destes usuários que residem longe da UBS.



Figura 2: Fotografia dos atendimentos feitos com apoio da Unidade Móvel, São José do Norte/RS.
Fonte: Arquivo próprio.



Figura 3: Fotografia da equipe em atendimento na comunidade de Curral Velho, São José do Norte/RS.
Fonte: Arquivo próprio.

Com a melhoria da qualidade da assistência e com as atividades de promoção da saúde oferecidas pela equipe, percebemos que os usuários aprovaram as ações da intervenção, pois eles relatam que o acolhimento melhorou, há um maior controle da pressão arterial, dos níveis de glicose e das medidas antropométricas, sendo eles mesmos difusores destes avanços aconselhando os seus familiares e vizinhos para o comparecimento à unidade de saúde.

Não conseguimos alcançar as metas de cobertura propostas inicialmente por diferentes motivos: indisponibilidade de veículos para o deslocamento da equipe para áreas mais distantes; férias de integrantes da equipe; desfalque de alguns profissionais; usuários que faziam acompanhamento em consultórios particulares da cidade ou outros atendimentos ambulatoriais; redução do período da intervenção.

O tempo de atendimento e quantidade de usuários incorporados ao projeto de hipertensão e diabetes também foram afetados pela necessidade de atender outras questões assistenciais derivadas da demanda espontânea dos usuários e alguns aspectos peculiares da nossa área de abrangência. Nossa unidade funciona numa estrutura física antiga e deteriorada, onde, anteriormente, durante muitos anos funcionou o hospital de Bojuru.

Embora a unidade hospitalar tenha sido desativada há vários anos, a população ainda enxerga a UBS como o antigo hospital e muitas pessoas não compreendem a lógica da Estratégia Saúde da Família, principalmente em relação à priorização de ações de prevenção da doença e promoção da saúde ao invés de ações curativas. Assim, muitas vezes, deixamos de desempenhar o papel de equipe de Saúde da Família para atender demandas de pronto-atendimento, como: casos de urgência/emergência, traumatismos, enfim, situações que ocupam boa parte do nosso horário de atendimento.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As metas de cobertura foram prejudicadas devido à dificuldade em fazer contato com alguns usuários da UBS, pois as condições geográficas impróprias e, em alguns momentos, a indisponibilidade dos veículos fornecidos pela Secretaria de Saúde para transporte da equipe, impediram o nosso acesso a estas pessoas. Esta situação também afetou a periodicidade das visitas domiciliares e o acompanhamento de alguns usuários.

Também não conseguimos cumprir com a realização de atividades de grupos, já que tivemos poucas oportunidades de realizar estes encontros. A reunião agendada no decorrer da intervenção e que, inicialmente tinha sido difundida entre os moradores da região, teve que ser suspensa, pois, no dia programado, os integrantes da equipe não conseguiram chegar ao local escolhido para a reunião por problemas na travessia da hidroviária que une as cidades de Rio Grande e São José do Norte. Um problema de navegação da lancha obrigou o desvio da barca e a demora de mais de duas horas no percurso motivou a suspensão da atividade prevista e, infelizmente, não foi possível reagendarmos esta atividade durante a intervenção.

Algumas reuniões da equipe, que habitualmente aconteciam nas quintas-feiras foram suspensas por diferentes motivos (reuniões na secretaria de saúde, reuniões das equipes da coordenação de atenção básica, determinação de ponto facultativo nos feriados, etc.). Tínhamos previsto, nestas reuniões da equipe, melhorar a qualificação da prática clínica dos integrantes da equipe com leituras e entregas de materiais educativos sobre hipertensão e diabetes. Além disto, não conseguimos explicar fluxogramas e algoritmos das doenças alvo.

Não conseguimos realizar a reunião com o grupo EMATER, que aglomera muitos produtores rurais da região, na qual iríamos debater temas educativos sobre hipertensão e diabetes, além de outros. Mas, esta reunião está programada para acontecer no mês de setembro, já fora do calendário da intervenção.

A data escolhida para atividades educativas com o grupo de população negra da comunidade quilombola sobre temas de hipertensão e diabetes foi substituída para a apresentação da nova equipe da secretaria de saúde e uma palestra sobre saúde de grupos especiais (negros, homossexuais, deficientes físicos).

Também faltaram alguns resultados de exames complementares dos usuários que fizeram parte da intervenção, mas esta situação não está sob nossa governabilidade uma vez que é a Secretaria de Saúde que realiza os agendamentos.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com a utilização das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, conseguimos melhorar os registros e a sistematização de dados. Todos os integrantes da equipe se familiarizaram, rapidamente, com o preenchimento das

fichas-espelho e não tivemos dificuldade para realizar o preenchimento, bem como, entender as informações que iam sendo produzidas.

A utilização sistemática dos registros propostas tem gerado confiança nos demais integrantes da equipe, assim como gerando visibilidade por parte dos usuários de que a equipe possui os seus dados organizados, facilmente acessíveis e os utiliza com frequência.

Até o momento, temos que realizar os registros dos atendimentos nas antigas fichas de SIAB-SUS, nos prontuários das famílias, no sistema informatizado e-SUS e nos registros iniciados com a intervenção. Isto se justifica pela negativa da Secretaria de Saúde em suspender a utilização dos antigos registros SIAB-SUS devido aos frequentes problemas relacionados ao sistema informatizado de dados e risco de perda das informações.

Os dados obtidos na planilha de coleta de dados são utilizados para o monitoramento dos usuários, a frequência das consultas e o seguimento das ações.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao analisar os resultados obtidos com a intervenção, acredito que ainda temos muito trabalho a ser feito, mas estou satisfeito pelos resultados alcançados e tenho certeza de que as ações estão sendo bem acolhidas pela comunidade e pela equipe.

Já conseguimos fazer com que os integrantes da equipe reconhecessem a importância e necessidade das planilhas e formulários utilizados, o que facilita na incorporação destes documentos na rotina do serviço. Além disto, temos falado da importância de manter estes registros em dia e as facilidades que esta atividade proporciona.

Enfim, considero efetiva e viável a continuidade das ações desenvolvidas durante a intervenção, pois visam a melhoria da qualidade dos serviços ofertados.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na faixa etária de 20 anos ou mais. Durante a elaboração do projeto de intervenção, a minha equipe era responsável por um total de 214 hipertensos (40,2% de cobertura), no entanto, a estimativa do Vigitel fornecida pela planilha de coleta de dados era de que na área existia um total de 532 hipertensos e, baseando-nos nesta estimativa, esperávamos alcançar 85% de cobertura.

Em relação aos diabéticos, antes da intervenção, tínhamos 44 usuários sendo acompanhados pela equipe, o que representava uma cobertura de 33,5%. Assim como aconteceu com os hipertensos, a Planilha de coleta de dados estimou um total de 131 portadores de DM na área de abrangência e pactuamos uma meta de 85% de cobertura.

Ao longo da intervenção, infelizmente não conseguimos atingir as metas de cobertura propostas e isso se deu, principalmente, pelas características da área de abrangência da UBS, já que está localizada numa zona rural na qual os domicílios estão muito distantes da unidade de saúde o que dificulta a realização de visitas domiciliares, a busca de faltosos, gerando um acompanhamento inadequado. Aliado a isso, o período da intervenção também teve de ser reduzido de 16 para 12

semanas. Assim, ao final do período de 12 semanas, conseguimos cadastrar e acompanhar 331 hipertensos, perfazendo uma porcentagem de 62,2% de cobertura e 71 diabéticos (54,2% de cobertura).

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados no programa 95 usuários com hipertensão, o que representa 17,9% de cobertura. No segundo mês a quantidade de atendimentos começou a melhorar, conseguimos atingir a cobertura de 40,4% de hipertensos, o que representa 215 usuários hipertensos. Por fim, no último mês da intervenção alcançamos o total de 331 usuários com HAS cadastrados e acompanhados, perfazendo o total de 62,2% de cobertura de hipertensos ao fim da intervenção (Figura 4).

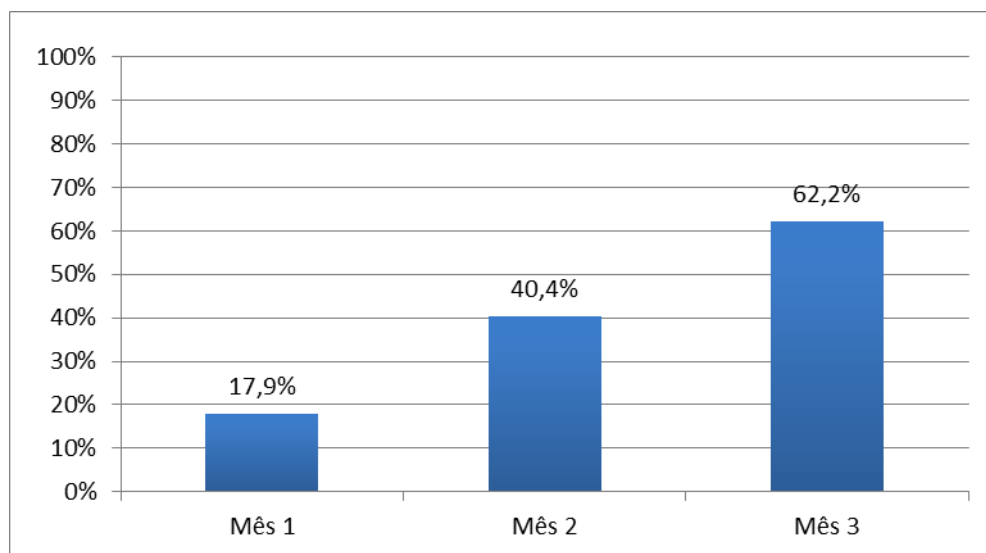


Figura 4: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde. São José do Norte/RS, 2015.

No que diz respeito aos diabéticos, no 1º mês cadastramos e acompanhamos 19,8% (26); no 2º mês 38,2% (50); e, ao final da 12ª semana concluímos com 54,2%, o que representa 71 diabéticos cadastrados e acompanhados (Figura 5).

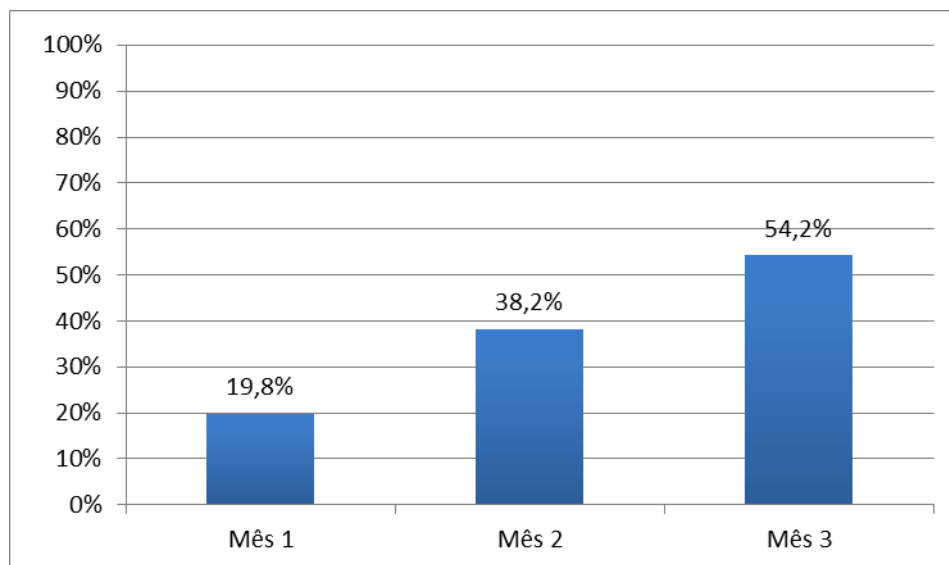


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde. São José do Norte/RS, 2015.

Para o alcance destas coberturas, destacamos o grande esforço realizado pelos ACS, procurando pelos campos da área aqueles usuários faltosos, agendando consultas com os diferentes profissionais da equipe e facilitando o agendamento de exames e a procura de medicamentos para os moradores mais distantes da região. Sem estes colegas teria sido impossível alcançar tais indicadores.

Foi igualmente importante, nas últimas semanas da intervenção, a utilização da Unidade de Atendimento Móvel do Município a qual permitiu alcançarmos as localidades de Curral Velho (15 quilômetros de distância da UBS) e Capão da Areia (20 quilômetros de distância), levando até os usuários a assistência médica, de enfermagem e odontológica, para usuários hipertensos, diabéticos e também portadores de outras patologias.

Ainda é necessário falar que uma das micro áreas mais populosas e carentes encontra-se sem ACS, e isto também influenciou negativamente no nosso resultado final.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Traçamos as metas 2.1 e 2.2 buscando realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos acompanhados durante a intervenção. O resultado alcançado é fruto do trabalho do médico, enfermeiro, técnica de

enfermagem e odontólogo, pois cada profissional sabia da importância da realização oferta de um exame clínico adequado para cada usuário.

Foram aproveitadas todas as oportunidades de consulta para completar o exame físico, ainda que, às vezes, este exame se encontrava dificultado por carências nas condições de conforto e privacidade requeridas, especialmente nos atendimentos feitos na Unidade Móvel onde o espaço era reduzido, nem sempre a porta fechava corretamente e precisávamos das janelas abertas para melhorar a circulação do ar.

Destaca-se o esforço em avaliar corretamente os pulsos distais dos membros inferiores dos diabéticos e exploração da sensibilidade para considerar a possibilidade de neuropatia diabética e doença arterial obstrutiva nos membros inferiores. O exame da acuidade visual foi realizado de jeito “*sui generis*”, por falta de painel de avaliação visual. Nestas avaliações, quando achávamos usuários com déficit visual, os mesmos eram encaminhados ao oftalmologista, para uma nova avaliação de optometria e, se necessário, para a troca dos óculos.

Como mostra a Figura 6, no primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado de 78 usuários com hipertensão, com um total de 82,1% de cobertura dessa ação. No segundo mês o número de atendimentos foi de 197 hipertensos (91,6%). No terceiro e último mês finalizamos com o atendimento e a realização de exame clínico de 327 hipertensos, representando um total de 98,8%. Não conseguimos atingir 100% porque alguns usuários preferiram adiar o exame físico completo para as próximas consultas por motivos próprios (usualmente, com receio de perderem o horário do ônibus de volta para casa), ficando agendada a realização do exame clínico completo para a próxima consulta.

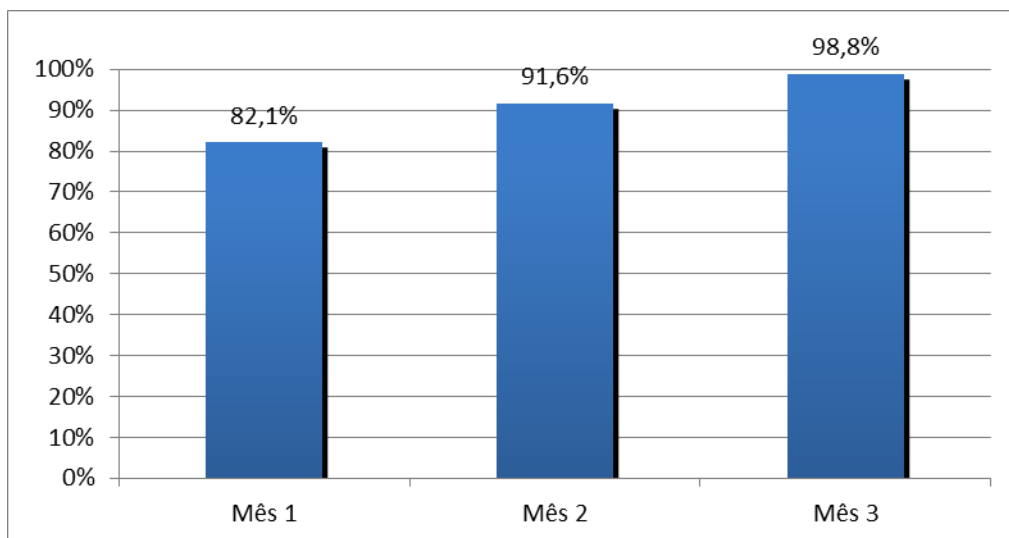


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foi realizado exame clínico apropriado de 24 diabéticos, com um total de 92,3% de cobertura dessa ação. No segundo mês nossa cobertura aumentou para 94%, sendo que o número de atendimentos foi de 47 usuários portadores de DM. No terceiro mês finalizamos com o atendimento e a realização de exame clínico de 71 usuários diabéticos, representando um total de 100% (Figura 7).

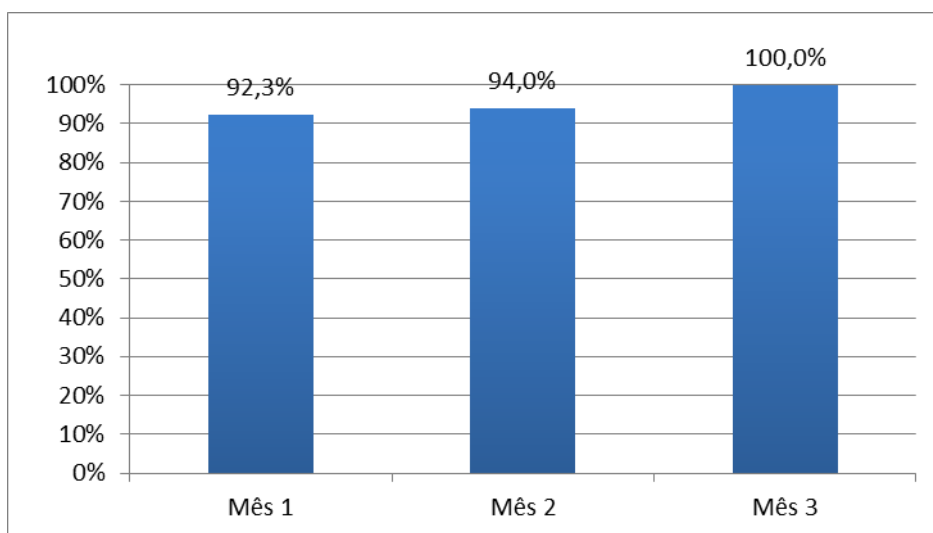


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação a estas metas, ainda que tenhamos conseguido valores significativos (85,8% para hipertensos e 85,9% para diabéticos) estas são muito dependentes da agilidade na marcação destes estudos complementares pela Secretaria de Saúde do Município.

Vale lembrar que a nossa população atendida reside na zona rural, distantes das clínicas e laboratórios e a maioria possui baixo poder aquisitivo. Neste sentido, nossa tarefa fundamental foi a requisição dos exames complementares para os hipertensos e diabéticos da Unidade, para logo após serem realizados pelos usuários de acordo com a marcação da gestão municipal ou disponibilidade de recursos próprios para a realização de forma particular.

O monitoramento desta ação era feito com base nos registros de acompanhamento, nos prontuários individuais e nas planilhas de coleta de dados disponibilizadas pelo curso. Com estes exames complementares em dia conseguimos uma avaliação mais completa destes usuários, de modo que é possível verificar algumas alterações lipídicas, função renal ou outros comprometimentos de órgãos alvo, para assim orientar intervenções mais adequadas e em concordância com as diretrizes acadêmicas.

Assim, em relação aos hipertensos, no primeiro mês de intervenção conseguimos 53,7% (51), 72,6% no segundo mês (156) e 85,8% no último mês totalizando, 284 hipertensos que realizaram os exames complementares em dia conforme preconiza o protocolo. Como já havia relatado, a realização destes exames complementares dependente da agilidade da Secretaria de Saúde nos agendamentos ou da possibilidade de realização particular pelos usuários, justamente por isso não conseguimos atingir a meta de 100% no período da intervenção, mas, alguns usuários continuam trazendo os resultados, mesmo após o término da intervenção (Figura 8).

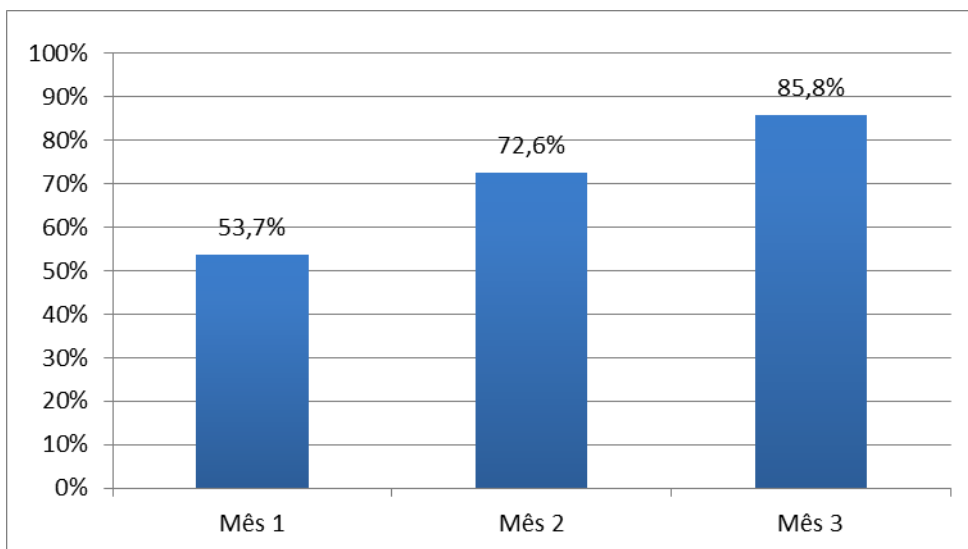


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.

No que diz respeito aos usuários com diabetes, atingimos 53,1% (14) no primeiro mês, 70% (35) no segundo e no terceiro mês 85,9% (61), conforme mostra a Figura 6 e, assim, como aconteceram com os hipertensos, os motivos para não atingirmos 100% até o final da intervenção foram os mesmos (Figura 9).

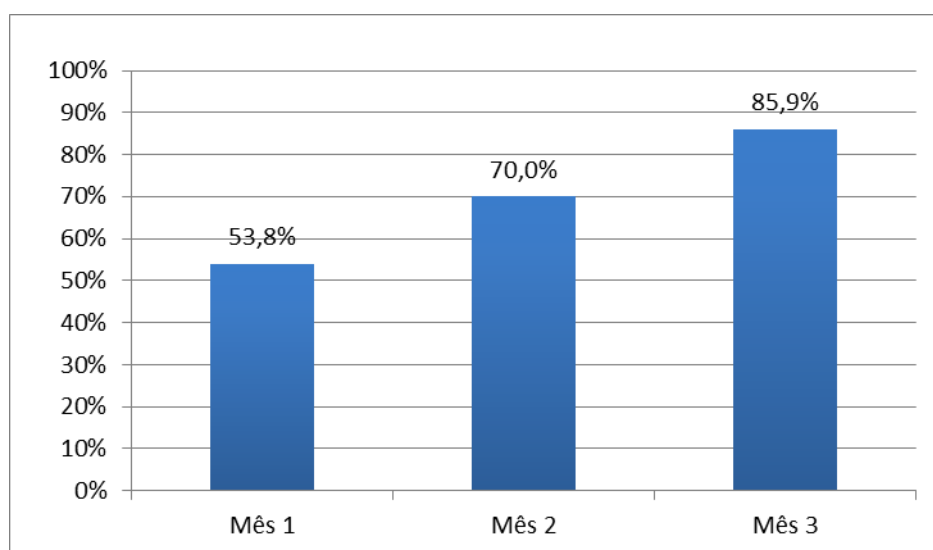


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. São José do Norte/RS, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Temos realizado esforços para mantermos a prescrição de medicamentos unicamente da farmácia popular, no entanto, existem duas questões a serem consideradas neste quesito: por um lado, tivemos usuários que não aceitaram a prescrição dos medicamentos da farmácia popular, pois eram acompanhados por especialistas, especialmente cardiologistas, e por diferentes motivos preferiam continuar usando outras drogas não fornecidas pelo programa, seguindo o conselho do outro profissional. Alguns usuários relataram que os medicamentos da farmácia popular não surtiem o efeito desejado. Este foi um dos fatores que justifica não termos alcançado os 100% propostos na meta.

Outro fator a ser considerado é o fator econômico. Ainda que este programa tente fornecer medicamentos de uso crônico de forma gratuita, esta estratégia nem sempre consegue alcançar esse objetivo. É o caso dos moradores da nossa região, que para chegarem até as Farmácias que disponibilizam estes medicamentos, têm que viajar 150 quilômetros, utilizando duas passagens de ônibus, cujo custo, às vezes, é superior ao valor dos medicamentos comprados em outras farmácias. Esse fato acaba anulando as vantagens do programa.

Esta questão demonstra que nem todas as ações prioritárias utilizadas como políticas estratégicas pelo SUS conseguem alcançar seus objetivos de maneira igualitária, quando comparadas as populações urbanas com as populações rurais.

Temos preconizado neste sentido a realização de documentos de procuração, mediante formulários fornecidos na mesma farmácia ou no cartório da Vila, para que a viagem até a cidade seja realizada por familiares ou tentando uma compra conjunta para vários usuários com uma mesma procuração. Este fator adquire um peso maior ainda quando os usuários são idosos ou com dificuldades de locomoção.

Assim, no primeiro mês foram 80 prescrições (86%) para usuários com hipertensão. No segundo mês foram 197 prescrições para os usuários hipertensos representando 92,5 e na 12ª semana finalizamos com 315 prescrições para hipertensos, ou seja, 96% de cobertura (Figura 10).

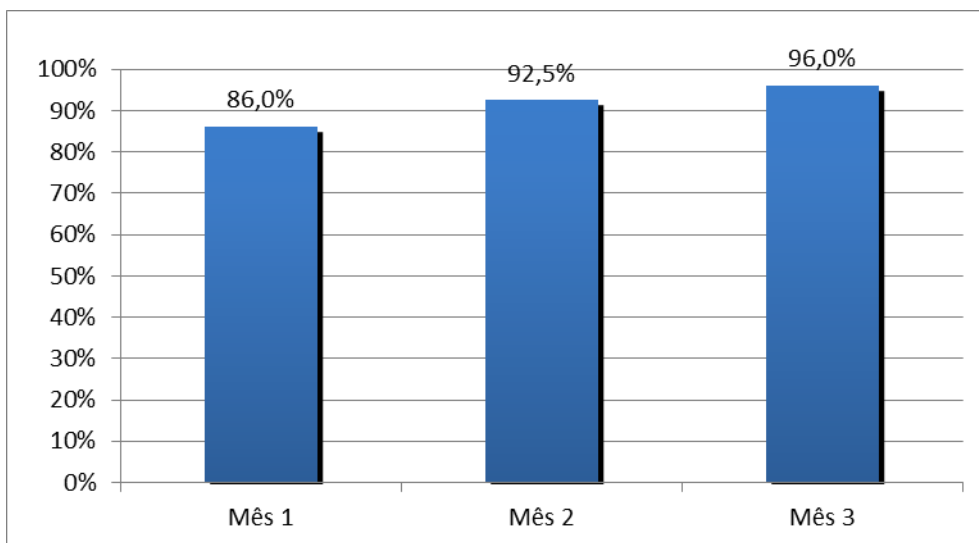


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação ao usuários com diabetes, no primeiro mês, 80% (20) dos usuários com diabetes estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular; no segundo mês atingimos 87,8% (43) e no terceiro mês concluímos a intervenção com 92,9% (65) dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia (Figura 11).

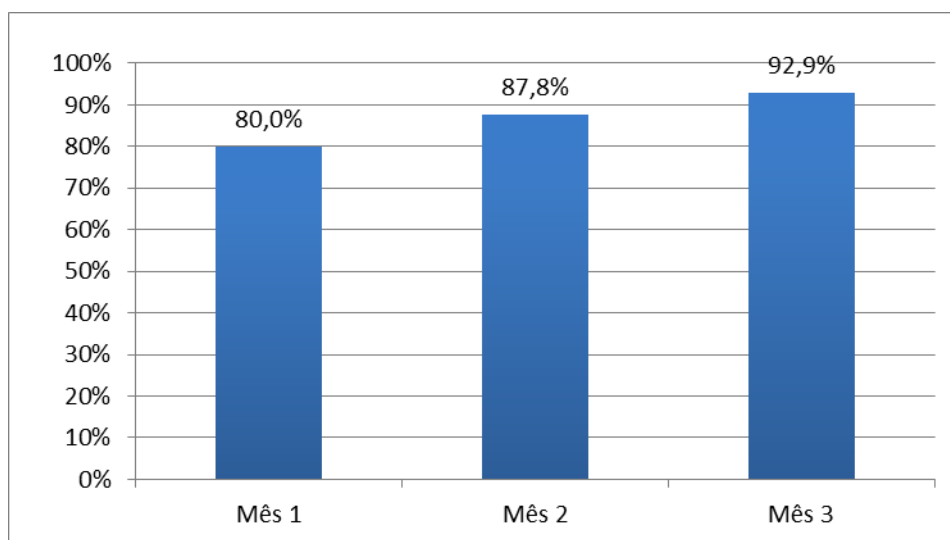


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. São José do Norte/RS, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Felizmente, conseguimos alcançar bons percentuais nestas metas e participaram desta ação o médico, o enfermeiro e a técnica de enfermagem. Alguns usuários que, por algum motivo deixaram de ser avaliados, serão avaliados quando retornarem à UBS, pois é muito importante que todo usuário tenha a boca avaliada para detectarmos possíveis doenças e, nestes casos realizamos encaminhamento para o odontólogo.

Infelizmente, tivemos algumas mudanças na equipe, durante a intervenção, como a substituição do odontólogo e a saída da auxiliar de saúde bucal, o que acabou dificultando um pouco a realização dos encaminhamentos.

Assim, no primeiro mês, foram avaliadas 82 pessoas com hipertensão (87,4%); no segundo mês foram 202 hipertensos avaliados (94%); no terceiro mês finalizamos com 98,5% dos usuários com hipertensão (326 hipertensos) avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Figura 12).

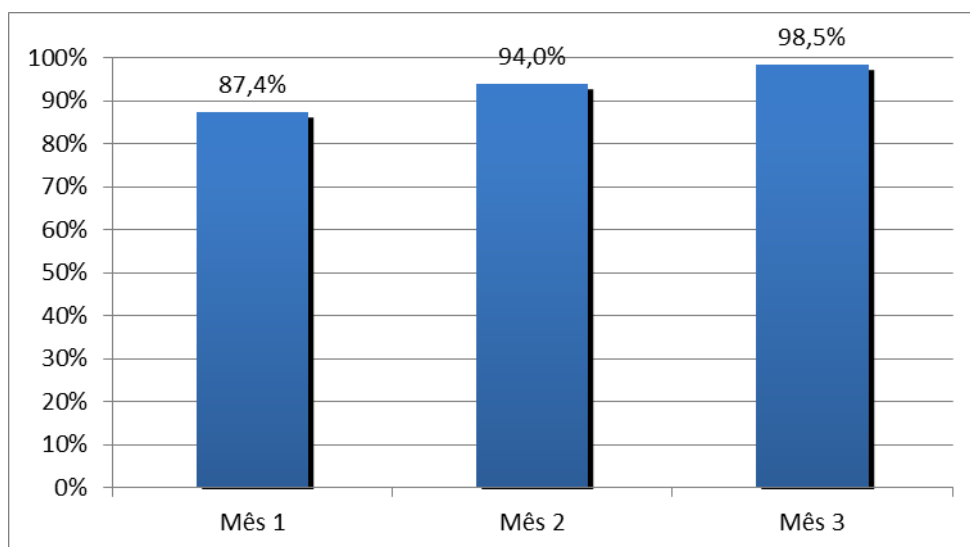


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês 24 usuários com diabetes (92,3%) receberam avaliação; no segundo mês aumentamos este percentual para 96%, o que representa 48 diabéticos avaliados; no terceiro mês atingimos 98,6% (70) dos usuários com diabetes avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Figura 13).

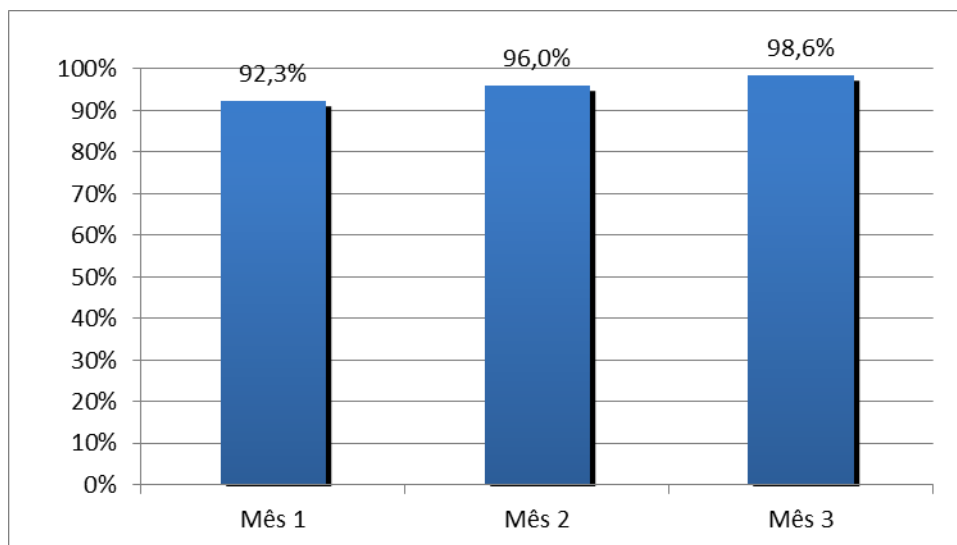


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. São José do Norte/RS, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Na procura de usuários faltosos, mesmo quando os números absolutos estejam baixos, temos a expectativa de aumentar estas buscas a partir da melhoria da qualidade dos registros dos usuários e aprimoramento da monitorização da frequência das consultas, pois isto gera uma facilidade na identificação daqueles usuários faltosos.

Novamente destacamos a importância do trabalho dos agentes comunitários nesta questão, mas também relembro que temos uma micro área sem ACS. Devem ser considerados, ainda, alguns casos de férias, dias chuvosos ou com condições meteorológicas adversas que impediram estas buscas. Outro fator limitante foi a coincidência do horário de expediente dos ACS com o horários de trabalho dos usuários, assim, não encontrávamos os usuários em suas moradias e tivemos que deixar mensagens nas casas dos vizinhos ou familiares.

Estamos avaliando a possibilidade de oferecermos, pelo menos uma vez a cada 15 dias, um terceiro turno de atendimento, das 17 às 21 horas para atender estas pessoas que ficam impossibilitadas de comparecerem à UBS devido ao

horário de trabalho, sendo que esta situação será conversada e analisada nas próximas reuniões com a nova equipe de gestão municipal.

Achamos também alguns casos de usuários faltosos às consultas na UBS, mas que são acompanhados pelos especialistas de forma particular. Felizmente, estes usuários que escaparam do nosso monitoramento conseguem ser tratados e controlados por outros profissionais.

No primeiro mês da intervenção, só foi possível realizar uma busca ativa para o total de sete hipertensos faltosos, o que representou 14,3%; no segundo mês conseguimos aumentar nosso percentual, assim, foram realizadas dez buscas ativas (76,9%) para um total de 13 hipertensos faltosos; no último mês finalizamos com um total de 17 hipertensos faltosos ao longo da intervenção e 16 buscas ativas realizadas, representando 94,1% (Figura 14).

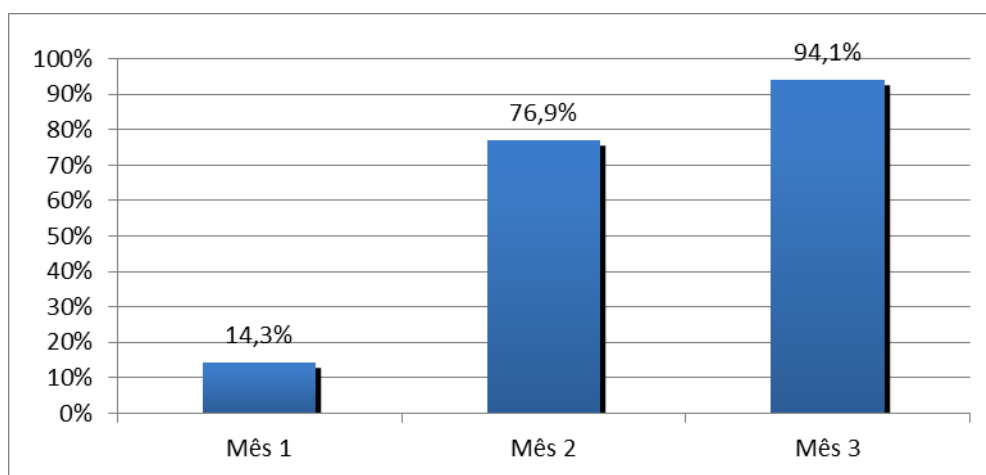


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. São José do Norte/RS, 2015.

Para os diabéticos, no primeiro mês não realizamos busca ativa, embora tivéssemos quatro faltosos, assim, nosso percentual foi de 0% de busca ativa; no segundo mês foram cinco diabéticos faltosos e três buscados (60%); no terceiro mês concluímos com cinco diabéticos faltosos ao longo da intervenção, mas apenas quatro (80%) receberam busca ativa e ficaram com suas consultas em dia (Figura 15).

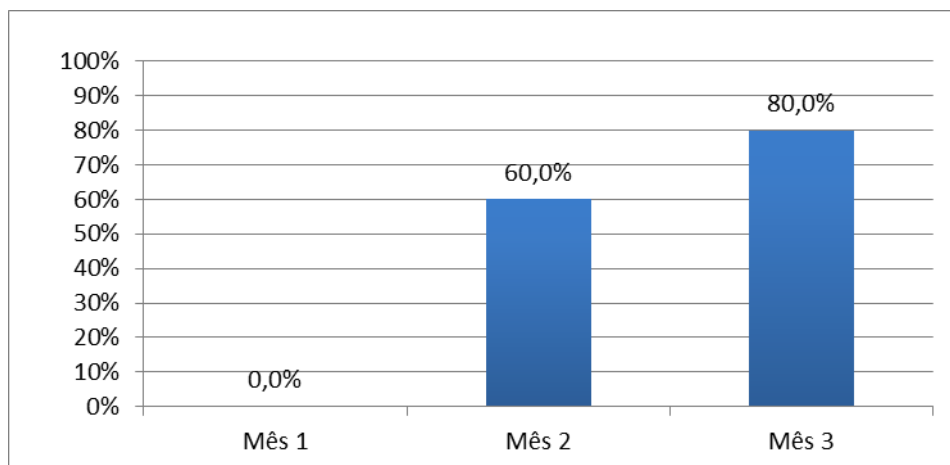


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. São José do Norte/RS, 2015.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Antes do início da intervenção, a equipe já conseguia manter uma boa qualidade dos registros, com prontuários bem ordenados, as famílias cadastradas e com informações atualizadas, boa identificação de usuários e organizados de acordo com os programas aos quais estavam sendo acompanhados.

Foi muito fácil para todos continuar esta tarefa e incluir outros meios de registro como a utilização do sistema informatizado e-SUS, as fichas-espelho e planilha de coleta de dados. Além disto, o médico possui uma planilha própria em Excel com alguns dados acessórios, que ajudam numa avaliação mais completa dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade.

Estas informações de acompanhamento de usuários são bem importantes e ajudam muito no monitoramento, servem para avaliar a nossa qualificação da prática clínica e são base de consulta frequente para obter informações sobre o andamento dos atendimentos individuais e análise do conjunto de ações.

Para os usuários hipertensos atingimos 98,9% (94) no primeiro mês, no segundo mês foram 214 (99,5%) e no terceiro mês todos os 331 hipertensos (100%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 16).

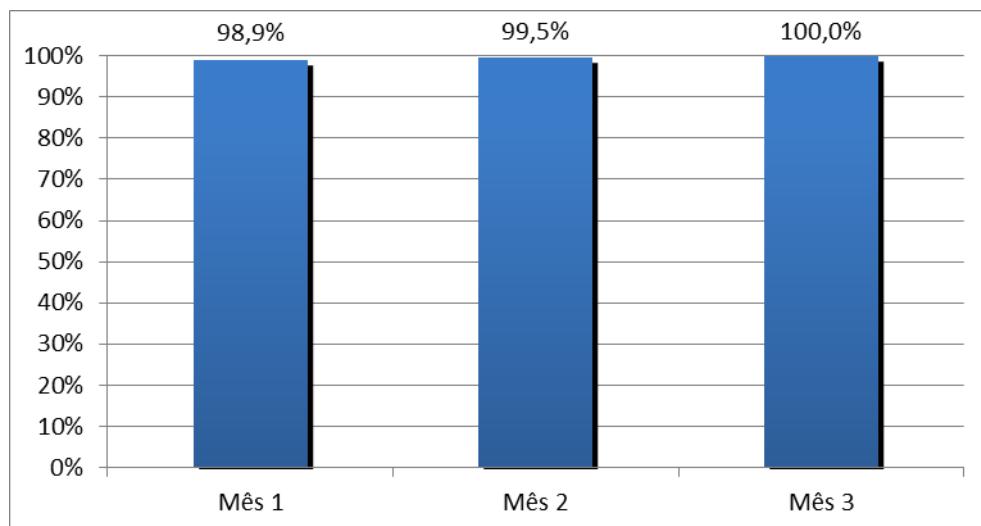


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 100% em todos os meses, ou seja, 26 diabéticos no primeiro mês, 50 no segundo e no terceiro mês 71 diabéticos estavam seus registros adequados na ficha de acompanhamento.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

A estratificação do risco cardiovascular é realizada há muitos anos, de modo que é feita uma primeira etapa, exclusivamente clínica, e com o uso de resultados de exames completamos a estratificação e delimitamos a intensidade das intervenções médicas.

Os achados do exame clínico e anamnese fazem parte da primeira etapa da estratificação, na segunda etapa será avaliada a idade, resultados de taxas de colesterol, pressão arterial e se o usuário é tabagista e na terceira etapa deve ser feita a somatória de pontos para colocar o usuário na faixa correspondente. As junções destas três etapas formam a estratificação de risco cardiovascular de Framingham.

Para a análise destas metas, apenas é feita a primeira etapa da estratificação de risco, já que a planilha analisa se o usuário está com a “estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em dia”.

A verdadeira utilidade desta classificação de risco é auxiliar na definição de condutas, e selecionar aqueles usuários com mais probabilidades de complicações os quais necessitarão de intervenções mais intensas. Algumas questões da qualificação da prática clínica e os registros bem aprimorados são estratégicas para obtermos uma estratificação de risco correta. Mais importante ainda é a possibilidade de realização de intervenções neste sentido, padronizadas de acordo com os protocolos, que em conjunto permitem diminuir a ocorrência de eventos adversos.

Aqueles usuários que conseguiram completar seus exames complementares em dia tiveram a sua avaliação de risco cardiovascular mais completa. O responsável pela realização desta avaliação foi o médico, mas o mesmo recebeu apoio do enfermeiro, para o preenchimento de dados.

Assim, para os usuários hipertensos atingimos 61,1% (58) no primeiro mês, 83,3% no segundo mês (179), e 96,4% no último mês, totalizando 319 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Não conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários porque, durante algumas consultas, tivemos que suspender estes atendimentos para prestarmos assistência de urgência para algum usuário, ou porque a disponibilidade de veículos do Município (Unidade Móvel) nem sempre coincidia com nossos atendimentos e tínhamos que cumprir os horários previstos pela Secretaria para o funcionamento deste recurso (Figura 17).

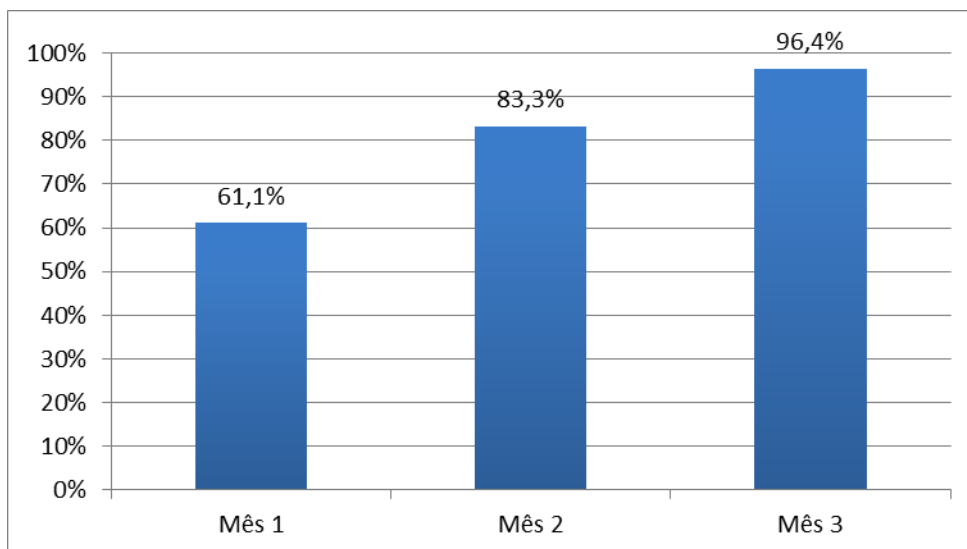


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 94,4% ao final da intervenção, de modo que tivemos, 15 diabéticos no primeiro mês (57,7%), 39 no segundo (78%) e no terceiro mês 67 diabéticos (94,4%) receberam estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Aqui também não conseguimos atingir 100% pelos mesmos motivos já descritos na meta anterior (Figura 18).

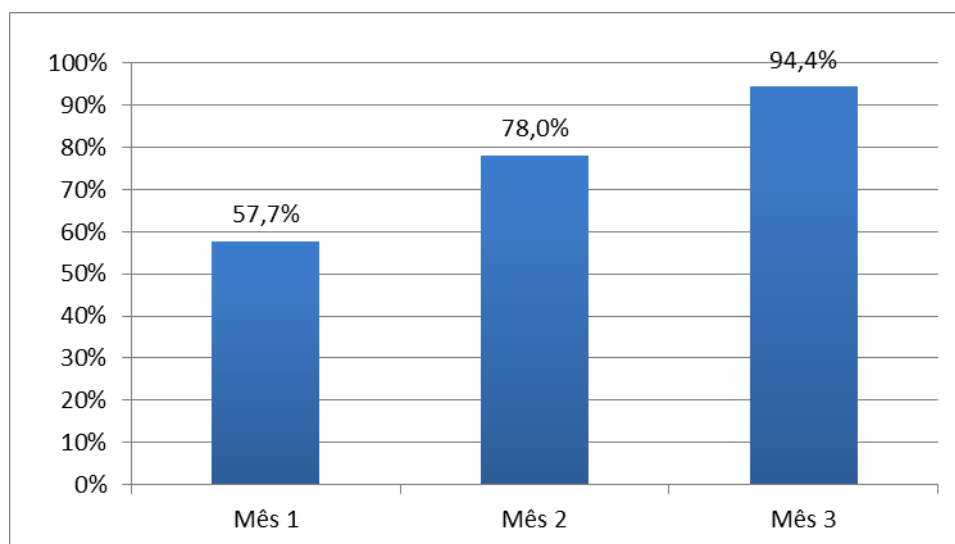


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. São José do Norte/RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Estas metas foram alcançadas com bons resultados graças a ajuda dos demais integrantes da equipe e com o apoio da nutricionista da Secretaria de Saúde que compareceu à UBS a cada 15 dias. As orientações eram passadas durante as consultas individuais, salas de espera e reuniões de grupos.

A nutricionista possui orientações nutricionais já impressas, diversificadas para cada doença, as quais foram oferecidas aos usuários no momento da consulta com cada profissional da equipe, o que ajudou a disseminar informações sobre alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos.

Infelizmente, como esta localidade está distante da cidade, a falta do fornecimento de vegetais, frutas e hortaliças nos mercados da nossa Vila, acaba interferindo nos hábitos alimentares destas pessoas. Neste quesito, contamos com o apoio dos funcionários do Grupo Emater que orientam a população para a realização de plantios próprios, fornecem sementes e também informam sobre o uso indiscriminado de agrotóxicos.

Assim, no 1º mês 97,9% (93) dos hipertensos receberam orientação sobre alimentação saudável, no 2º mês este percentual subiu para 99,1% (213) e no 3º mês atingimos 100%, de modo que 331 hipertensos foram orientados sobre a importância de manterem hábitos alimentares adequados (Figura 19).

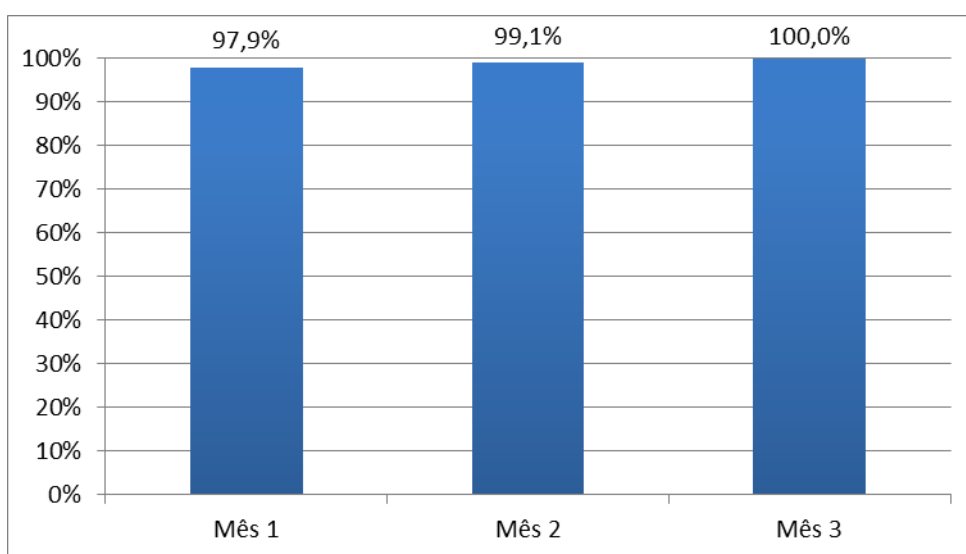


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. São José do Norte/RS, 2015.

No que concerne aos usuários com diabetes, atingimos 100% em todos os meses, ou seja, 26 diabéticos no primeiro mês, 50 no segundo e no terceiro mês 71 diabéticos haviam recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Estas orientações quanto à necessidade da prática de atividade física regular foram dirigidas para todos os hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção, especialmente para aqueles usuários aposentados e idosos, quando fornecíamos dicas nas reuniões do grupo da terceira idade.

Percebemos que, para aqueles usuários que ainda trabalhavam, era mais difícil eles aceitarem a ideia da realização da atividade física regular, pois quem caminha todos os dias nos matos de pinus, não quer caminhar mais, quem faz esforço físico o dia todo nas colheitas agrícolas, também não quer fazer mais exercícios físicos. Nestes casos adequamos as orientações de acordo com as atividades já realizadas no seu cotidiano, o que parece totalmente lógico.

A Comunidade Quilombola de Vila Nova recebe do Governo Estadual um subsídio financeiro para ser utilizado para a melhoria das condições de vida e saúde desta população e temos conversado com eles, em reuniões já realizadas no salão comunitário, sobre a possibilidade de investir parte deste orçamento na construção de uma academia ao ar livre.

Em relação aos usuários hipertensos no 1º mês 95,7% (90) destes usuários receberam orientação sobre a prática da atividade física regular, no 2º mês foram 97,7% (210) e no 3º mês atingimos 100%, de modo que 331 hipertensos foram orientados sobre a importância da prática regular de atividade física (Figura 20).

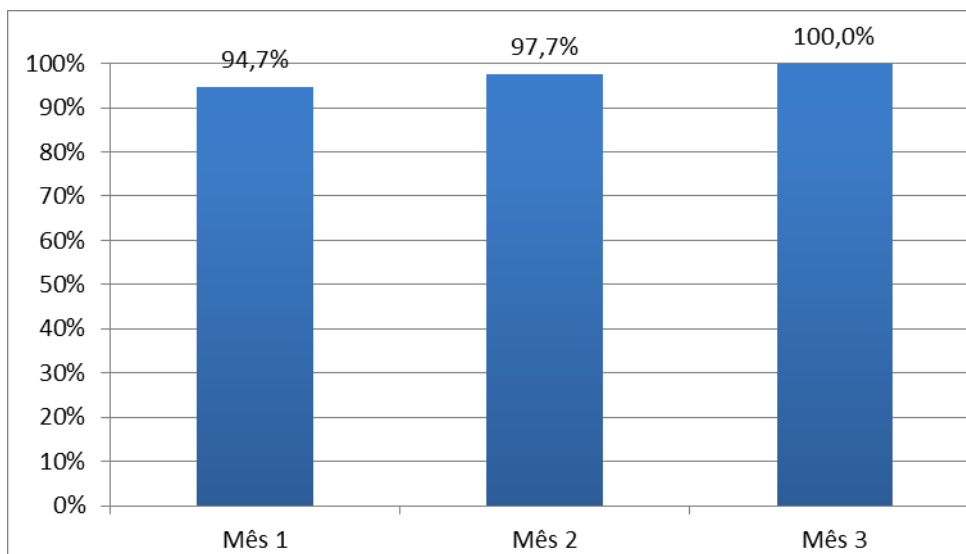


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. São José do Norte/RS, 2015.

Para os diabéticos, no 1º mês 96,2% (25) destes usuários receberam este tipo de orientação, no 2º mês foram 98% (49) e no 3º mês também concluímos com 100%, ou seja, 71 diabéticos orientados sobre a importância da prática regular de atividade física (Figura 21).

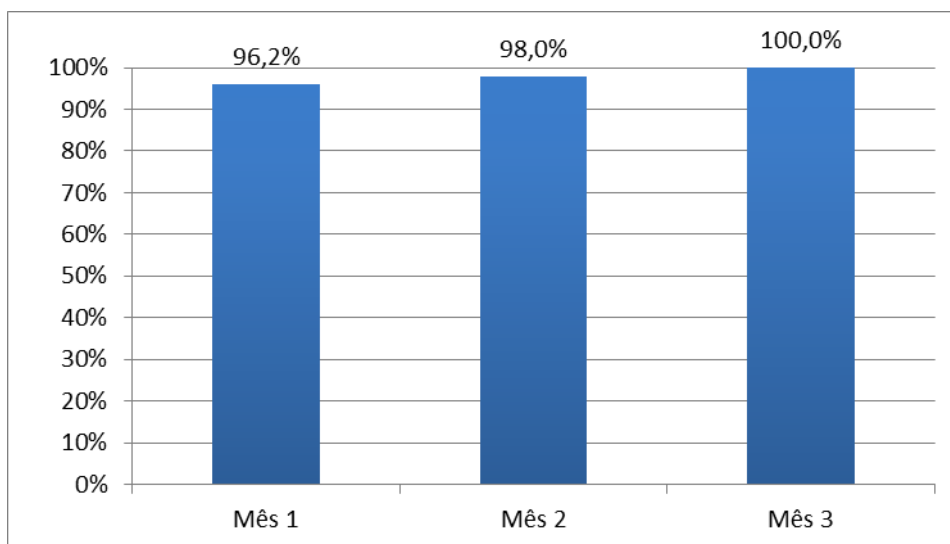


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. São José do Norte/RS, 2015.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

As orientações foram realizadas pela técnica de enfermagem, enfermeiro, médico e odontólogo durante as consultas individuais nos consultórios e, ainda, durante a realização da triagem ou escuta inicial realizada pela técnica de enfermagem. Também disponibilizamos na UBS cartazes fornecidos pela Secretaria de Saúde com informações de desestímulo ao tabagismo. Orgulhamo-nos de ter alcançado excelentes resultados nesta ação.

Assim, no primeiro mês da intervenção 96,8% (92) dos hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês este percentual subiu para 98,6% (212) de hipertensos com orientação e no último mês todos os 331 hipertensos receberam orientações sobre este tema (Figura 22).

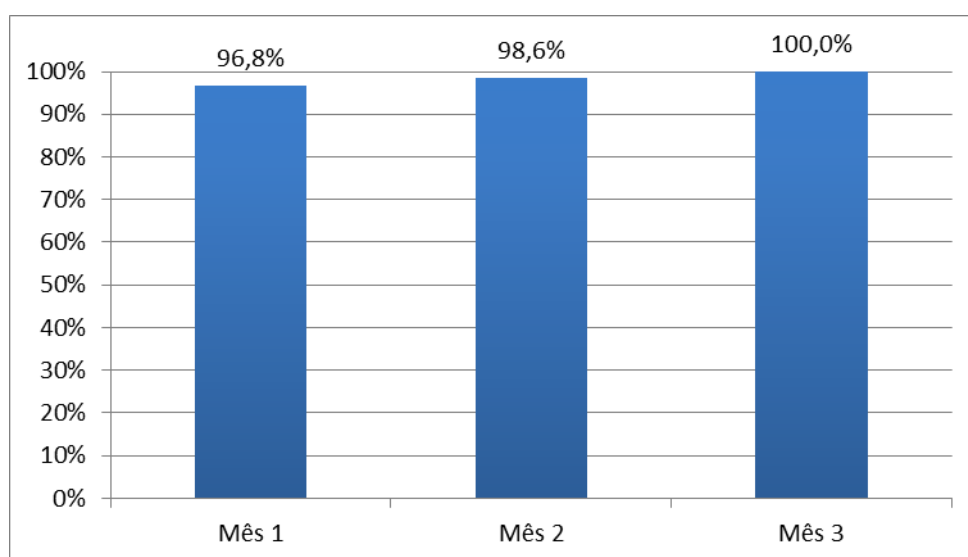


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. São José do Norte/RS, 2015.

Em relação aos diabéticos, atingimos 100% em todos os meses: 26 diabéticos no primeiro mês, 50 no segundo e no terceiro mês 71 diabéticos haviam recebido orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Toda a equipe contribuiu para que conseguíssemos alcançar bons resultados em relação a estas metas e é importante falar que as orientações sobre vários temas já fazem parte da rotina do serviço.

No consultório odontológico e na área de acolhimento disponibilizamos folders informativos sobre os cuidados bucais. Alguns usuários, logo após as consultas médicas ou de enfermagem já conseguem agendar atendimento odontológico.

Ainda é importante falar que as orientações que são passadas para os usuários acabam sendo transmitidas pelos mesmos para os familiares e vizinhos.

No 1º mês 89,5% (85) dos hipertensos receberam orientação sobre saúde bucal, no 2º mês foram 95,3% (205) de hipertensos orientados e no último mês 98,8% (327) dos hipertensos foram devidamente orientados sobre a importância de manterem a saúde bucal adequada. Alguns atendimentos tiveram que ser adiados pela chegada de urgências à Unidade ou pelo tempo de retorno da Unidade Móvel do Município, a qual utilizávamos em comunidades distantes, por isso não conseguimos atingir a meta de 100% (Figura 23).

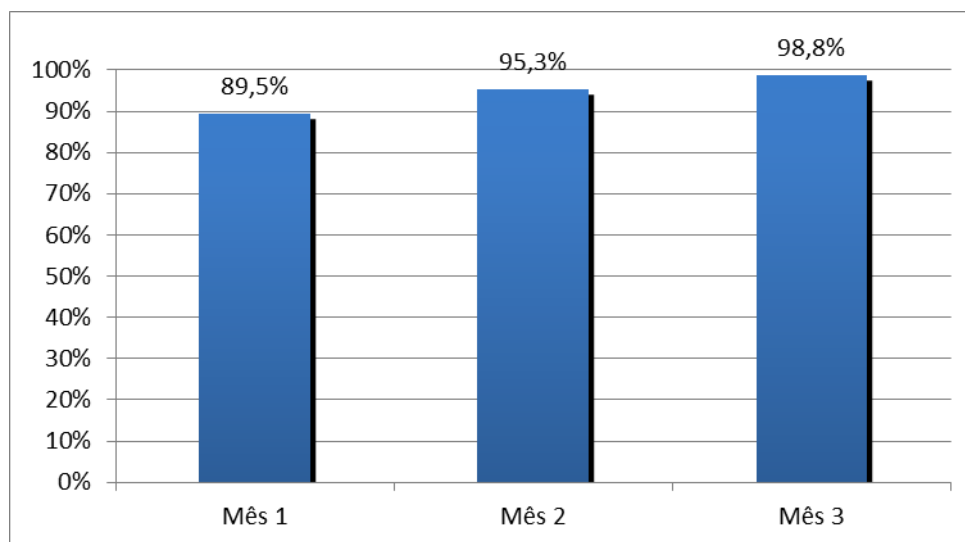


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. São José do Norte/RS, 2015.

No que concerne aos diabéticos, no 1º mês 92,3% (24) dos diabéticos receberam orientação sobre saúde bucal, no 2º mês, tivemos 96% (48) de diabéticos orientados e no 3º mês atingimos 98,6% com 70 diabéticos orientados sobre a importância de manterem a saúde bucal adequada (Figura 24).

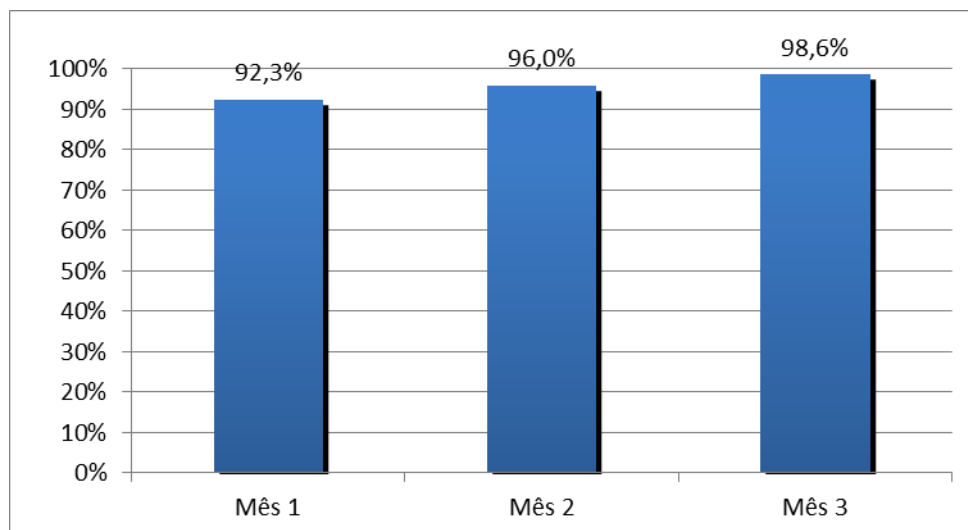


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. São José do Norte/RS, 2015.

4.2 Discussão

O sentido global da intervenção realizada na UBS Bojurú centrou-se na melhoria da qualidade da assistência ofertada aos usuários portadores de HAS e/ou DM do território, mediante a realização de ações específicas para cada objetivo proposto. Aliado a isto, também conseguimos a ampliação da cobertura de usuários cadastrados e acompanhados e a organização do serviço. Depois de analisar exaustivamente os indicadores alcançados e após conversa com os demais integrantes da equipe, chegamos à conclusão de que as questões referidas à melhoria na qualidade dos atendimentos e a realização de ações de promoção da saúde foram as que tiveram maior impacto no cotidiano da UBS.

Segundo o referido na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações, os objetivos relacionados à qualidade da assistência deveriam contemplar o exame clínico apropriado dos usuários, realização dos exames complementares em dia, priorização da prescrição dos medicamentos da farmácia popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. As ações vinculadas a estes quesitos foram realizadas exaustivamente e a distribuição de atribuições permitiu engajar os demais integrantes da equipe em atividades que, anteriormente, eram privativas do médico, assim, conseguimos alcançar altas porcentagens nestes indicadores.

Nas questões de promoção da saúde (alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal) também conseguimos alcançar

excelentes percentuais e as orientações realizadas foram de grande importância para todos, o que é reconhecido tanto pelos colegas da UBS, quanto pelos usuários do território.

A importância da intervenção para a equipe é que agora todos os integrantes estão atualizados em relação ao atendimento a estes usuários. Assim, destaca-se a importância da qualificação da prática clínica, expressada na atualização de conhecimentos, a importância dos controles clínicos bem realizados e de acordo com as normas estabelecidas pelos protocolos do MS, assim como na hierarquização dos aspectos mais transcendentais que influenciam o risco cardiovascular. O cálculo do índice de massa corporal e a incorporação dos dados antropométricos nos prontuários agora fazem parte da rotina do serviço, tarefa que é realizada pela técnica de enfermagem.

A verificação do preenchimento adequado dos registros e fichas de acompanhamento foi destinada à recepcionista e aos ACS, e temos alcançado bons resultados neste sentido. Os ACS também faziam visitas, buscas ativas e participavam das ações de promoção da saúde. O médico e o enfermeiro, além das suas atribuições específicas nos atendimentos, participaram do monitoramento das ações, da qualificação técnica dos demais integrantes da equipe, da organização e gestão do serviço da Unidade e da comunicação e repasse das informações para a gestão municipal. Nosso odontólogo, além das próprias atividades referentes à saúde bucal em geral, também realizou orientações sobre hábitos saudáveis de alimentação e exercício físico, desestímulo ao tabagismo e outras atividades de promoção de saúde.

Na importância para o serviço destaca-se o fato de que existe um trabalho mais integrado entre os colegas da equipe. Também, o fluxo de usuários na UBS diminuiu, já que os usuários agora são atendidos de forma agendada e organizada, assim, conseguimos diminuir o tempo de espera e gerar uma sincronia correta entre os atendimentos agendados e aqueles que acontecem por demanda espontânea.

Com a utilização dos registros aprimorados e com uma classificação dos usuários segundo os riscos definidos para cada um deles é possível determinar intervenções mais ajustadas para cada caso, identificar aquelas ações que faltaram ser realizadas em consultas prévias e padronizar questões que não devem ser esquecidas durante os atendimentos.

Desta forma, a comunidade tem compreendido também a importância da intervenção em relação ao cuidado que eles próprios devem ter com a sua saúde, assim como dos seus familiares, amigos ou vizinhos. Os próprios usuários são difusores de informações, seja em relação aos hábitos alimentares, sobre a importância da realização do exercício físico de forma regular, bem como, demais orientações sobre hábitos saudáveis, assim, eles questionam os profissionais se os mesmos não fornecem todas as informações, reclamam quando não há entrega de material informativo sobre dietas, reconhecem as vantagens da prescrição dos medicamentos da farmácia popular e da requisição de exames complementares.

Se a intervenção começasse agora, com a experiência adquirida nas ações específicas, tentaria ampliar ainda mais a cobertura dos usuários atendidos na UBS, buscando, junto ao gestor municipal, alternativas para alcançar as moradias mais distantes ou de difícil acesso, aumentaria as visitas domiciliares para acamados ou com dificuldades de locomoção. Enfim, apostaria, especialmente, na melhoria da cobertura, ressaltando a importância fundamental do trabalho dos ACS e cobraria da gestão a incorporação de um ACS para atuar na micro área que está descoberta e é a mais populosa e carente.

Evidentemente, as ações derivadas da intervenção realizada farão parte da rotina do serviço, algumas delas já estão incorporadas no cotidiano, como: o monitoramento da frequência das consultas; o preenchimento adequado dos formulários, fichas e cadastros dos usuários; a realização das medidas antropométricas e cálculos de índice de massa corporal, assim como a difusão constante de informações e entrega de folders sobre promoção da saúde. Isto facilita a minha cobrança aos demais integrantes da equipe para o preenchimento adequado das fichas e planilhas, bem como da realização de medidas antropométricas nos usuários.

Prevemos melhorar a classificação de risco cardiovascular dos nossos usuários cobrando da Secretaria de Saúde do Município agilidade na marcação dos exames complementares faltantes, assim como o fornecimento regular dos veículos necessários para a realização das visitas domiciliares feitas pelo médico e técnica de enfermagem e para o deslocamento dos ACS.

Temos estabelecido, como prioridade futura da equipe, a realização de atividades em grupo com a comunidade, as quais foram adiadas por diferentes motivos e que são consideradas muito importantes nas ações de promoção da

saúde e engajamento público. Ainda, algumas ações que foram especificamente implantadas com a intervenção poderão ser ampliadas para outros grupos de usuários, como os grupos de idosos, ou utilizar as habilidades adquiridas na coleta e registro de informações para estendê-las nas consultas de pré-natal e puericultura.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ilmo. Sr. Gestor Municipal de Saúde,

Este relatório pretende descrever os aspectos mais importantes da intervenção realizada pelo Dr. Gustavo Rodolfo Rosso Garandan, com o apoio da equipe de saúde da UBS Bojuru, no 3º distrito do Município de São José do Norte, a qual foi a base para a elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde Família da Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do SUS. Esta tarefa acadêmica também faz parte das atividades de complementação ensino-serviço determinadas pelo Programa Mais Médicos Brasil, do Ministério da Saúde.

Após uma exaustiva análise situacional e estratégica das condições gerais e específicas das ações programáticas oferecidas nesta UBS, decidimos focar nossa intervenção na qualificação da atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes. Fizemos esta escolha uma vez que as ações propostas para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ofertada a estes usuários terão efeito massivo na população, justamente pela grande quantidade de pessoas que são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Dados estatísticos estimaram um total de 532 hipertensos e 131 diabéticos no território, o que demonstra a amplitude da intervenção e do nosso desejo de alcançar uma quantidade importante de usuários. Ao final de 12 semanas, conseguimos cadastrar e acompanhar um total de 331 hipertensos (62,2% de cobertura) e 71 diabéticos (54,2% de cobertura). Este indicador será melhorado, certamente, nos meses seguintes com a continuidade das ações desenvolvidas na intervenção e a participação fundamental de todos os envolvidos (equipe, gestão, comunidade).

Assim, esta intervenção nos possibilitou melhorar a qualidade da atenção a este público-alvo e baseamos nossas ações nos protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde. A realização de exame clínico adequado, o mapeamento de hipertensos e diabéticos para o risco de doença cardiovascular e as orientações dadas ao público-alvo formam um conjunto de atividades cujas práticas se intensificaram na rotina de trabalho da equipe de saúde.

Em relação à qualidade da assistência, também conseguimos obter excelentes resultados. Alcançamos na intervenção 98,8% dos hipertensos e 100% dos diabéticos com exame clínico em dia e de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde; 85,8% dos hipertensos e 85,9% dos diabéticos também ficaram com seus exames complementares em dia; 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos possuem registro adequado nas fichas de acompanhamento; 96,4% dos hipertensos e 94,4% dos diabéticos estão com estratificação de risco cardiovascular em dia; e as ações de promoção de saúde com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, abandono de tabagismo e saúde bucal alcançaram quase que a totalidade dos usuários participantes na intervenção.

Estes indicadores contrastam sensivelmente com os dados que tínhamos antes da intervenção. Várias ações que agora fazem parte da rotina do serviço não eram realizadas anteriormente como, por exemplo, as tarefas de promoção da saúde, fornecimento de orientações impressas e cartazes informativos novos, ações de monitoramento dos usuários e avaliação contínua de resultados e cumprimento de orientações e uso de medicação.

Vale ressaltar que conseguimos realizar um excelente trabalho na busca de usuários sem diagnóstico definido ou sem acompanhamento adequado, já que, mesmo com as dificuldades geográficas do nosso território de abrangência, que abarca uma área de, aproximadamente, 100 quilômetros de comprimento e 15 quilômetros de largura, foi possível alcançar várias comunidades que estão localizadas em áreas de difícil acesso.

Mas, não teríamos conseguido esse feito sem o apoio da gestão. Assim, destacamos o esforço de vossa senhoria em levar o atendimento sanitário até regiões distantes do Município, onde não se acham profissionais para ocupar as diferentes áreas técnicas requeridas, devendo deslocar equipes completas, mobilizar viaturas, fornecer materiais e equipamentos e demais requisitos para uma atenção sanitária de qualidade. Além disto, devemos parabenizar a decisão da gestão

municipal em disponibilizar a Unidade Móvel da Secretaria de Saúde para alcançar comunidades distantes (Capão da Areia e Curral Velho), conseguindo assim levar até essas comunidades os atendimentos da equipe, fortalecendo a acessibilidade à atenção básica como um dos princípios básicos do SUS.

Como fruto desta intervenção destaca-se o importante papel difusor que as ações desenvolvidas pela equipe tiveram na comunidade, como a clara demonstração de engajamento público, sendo estes mesmos usuários os propagadores de informações e orientações para práticas mais saudáveis a serem repetidas por outros atores comunitários.

Desejamos continuar com estas ações programáticas escolhidas, e temos avaliado os resultados como altamente positivos, tópico compartilhado por todos integrantes da equipe e como resultado das conversas com os usuários e seus familiares.

Entretanto, alguns aspectos devem ser melhorados e, para isso, precisamos contar com o apoio desta gestão para: provisão da totalidade dos agentes comunitários requeridos, o fornecimento de transporte para locomoção da equipe, ampliação do acervo bibliográfico da Unidade com a disponibilização de manuais e protocolos atualizados, melhoria dos sistemas informáticos e facilidades para a realização de atividades em grupos.

Enfim, a continuidade do apoio da gestão é essencial para garantir a implementação definitiva da ação programática, importante para promover saúde na população, uma vez que é desenvolvida seguindo diretrizes de saúde provenientes do Ministério da Saúde. Assim, procuramos manter esta transcendente parceria equipe/gestão/comunidade para alcançar os objetivos idealizados, cientes da compreensão e da tenacidade dos gestores municipais nesta tarefa.

Por fim, obrigado pelo apoio recebido e colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Cara Comunidade:

Durante os meses de abril a julho de 2015, foi realizada uma intervenção na UBS Bojurú, buscando melhorar a qualidade dos atendimentos prestados aos hipertensos e diabéticos. Ao longo desse tempo, conseguimos atender 331 hipertensos e 71 diabéticos e todas estas pessoas foram cadastradas no programa e acompanhadas de forma correta, já que a nossa prioridade é sempre melhorar a assistência que damos e, assim, melhoramos a qualidade de vida da população. É importante falar que, durante este tempo, não deixamos de atender as outras pessoas que também precisavam de nossos serviços.

Esta intervenção teve como foco aquelas pessoas que têm hipertensão arterial, diabetes ou as duas doenças juntas, e vocês sabem que estas doenças acontecem com muita frequência e que muitos de vocês, familiares ou amigos apresentam vários sintomas, assim, é muito importante que a equipe de saúde (médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, técnico de enfermagem) saiba quem tem essas doenças para que vocês sejam acompanhadas de forma certa, não é verdade? Hipertensão e diabetes são doenças que precisam de cuidados contínuos e medicação certa, retorno frequente nas consultas com o médico ou com os outros integrantes da equipe e são doenças que não são transmitidas de uma pessoa para outra.

Para melhorar o atendimento, fizemos algumas mudanças na forma que a equipe trabalhava e isso incluiu o modo como a gente recebia vocês aqui na unidade de saúde, a necessidade de preenchimento completo dos dados pessoais em novos formulários e planilhas de registro e, às vezes, isso gerava um pouco de demora nos atendimentos. Mas estas demoras estão justificadas já que agora conseguimos obter dados mais precisos de vocês, controlar os valores de pressão arterial e

açúcar no sangue de um jeito mais correto, realizar um exame completo e conversar um pouco mais com vocês em relação à alimentação, exercícios físicos, riscos do fumo e do álcool e cuidados com doenças na boca. Para conseguir isto tivemos que estudar, procurar informações em livros e manuais, preparar novos fluxos de atendimentos e utilizar parte dos horários que destinamos nas quintas-feiras à tarde, durante a reunião da equipe, para fazer estes estudos.

Agora, temos informações que nos permitem classificar, cada um de vocês, de acordo com a gravidade da hipertensão ou diabetes, especialmente na possibilidade de acontecer doenças no coração ou nas artérias do corpo, pois o aumento da gordura no sangue pode provocar entupimentos das veias do cérebro, olhos, pernas, etc. Com certeza, vocês devem conhecer alguém que teve derrame, feridas nas pernas ou infarto do coração, justamente por não terem controlado estas doenças ou não terem sido acompanhadas de forma adequada.

Sabemos que ainda faltam muitas pessoas que têm essas doenças e que ainda não estão sendo atendidas por nós, por isso, vamos continuar buscando essas pessoas e contamos com o apoio de vocês na identificação destes usuários. Se você conhece alguém que faz parte da área que essa UBS atende e que tem hipertensão ou diabetes, mas que ainda não está sendo atendido por nós, avise ao agente comunitário de saúde ou peça para a pessoa vir aqui na unidade que teremos o maior prazer em acompanhá-lo, pois toda a equipe está preparada para esta tarefa.

É importante falar sobre o tamanho da área que atendemos, que é muito grande e com muitos problemas como: estrada de terra, muita lama, locais alagadiços, assim, às vezes, temos muita dificuldade para chegar à casa de vocês e esta é a mesma dificuldade que vocês apresentam para chegar até nós. Felizmente, agora contamos com um recurso fornecido pelo Município, a Unidade Móvel, que facilita nosso deslocamento até as comunidades de Capão da Areia e Curral Velho, assim, podemos chegar mais perto de vocês e a equipe está se esforçando para fazer as visitas domiciliares, procurar usuários faltosos às consultas ou alcançar pessoas acamadas ou com deficiências.

Temos feito esforços e solicitamos exames de laboratório para cada um de vocês tentando conseguir uma melhor avaliação da saúde e para identificar se algum de vocês possui outras doenças que são complicações da hipertensão e da diabetes, por isso, precisamos saber como estão os valores de gorduras e açúcar no

sangue, o funcionamento dos rins, etc. Também temos priorizado a utilização dos medicamentos da farmácia popular, que são de graça e têm excelentes resultados na melhora dos valores da pressão arterial ou açúcar do sangue.

Vocês perceberam que insistimos que compareçam nas consultas do dentista? Isto porque as doenças da boca são muito frequentes e, até agora, eram pouco consideradas e muitas vezes esquecidas. Assim, o nosso dentista está à disposição para atendê-los e temos certeza que esta ação vai melhorar muito a saúde bucal de cada um de vocês.

No finalzinho das consultas, quase sempre, conversamos um pouco sobre alimentação, atividades físicas, tabagismo e doenças da boca; também já devem ter percebido alguns cartazes novos pela UBS e panfletos com orientações da nutricionista. Antigamente, estas questões eram pouco conversadas e muitas pessoas não conheciam os alimentos mais importantes para uma alimentação correta, os mais perigosos, os benefícios das caminhadas, os perigos do cigarro e as opções para abandonar este mau hábito. Agora, dedicamos um pouco do nosso tempo e abusamos do tempo de vocês para falar sobre essas questões que consideramos importantes para a melhoria da saúde. Desejamos também que cada um de vocês repasse essas orientações para as demais pessoas da família, na vizinhança, nas escolas, etc.

Enfim, esperamos que toda a comunidade, especialmente os hipertensos e diabéticos, continuem comprometidos com o nosso trabalho e que compareçam às consultas. Que a cada dia, a gente possa fortalecer este laço formado entre nós, profissionais da UBS Bojuru e cada um de vocês, que confia em nossos serviços.

Grande abraço a todos,

Equipe de Saúde da UBS Bojuru

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao longo do desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde da Família percebi que várias questões referentes ao meu desempenho médico na Atenção Básica foram mudando. Não só no atendimento aos usuários portadores de HAS e/ou DM, que foram o foco da intervenção, como também em todas as áreas de atuação clínica, onde podem se aplicar as questões organizativas, padronizadas e integrativas que consegui aprender no curso.

Assim, todo o aprendizado obtido no preenchimento correto de fichas, monitorização e avaliação, processo de trabalho, adesão de usuários, engajamento público e promoção de saúde poderão agora ser aplicados também a outros grupos de usuários (saúde da mulher, idosos, gestantes, puericultura, saúde mental, etc.).

Além disto, na metodologia de trabalho existem questões vinculadas ao engajamento dos demais integrantes da equipe e práticas integrativas que, anteriormente, não eram aplicadas na sua real magnitude, perdendo assim uma valiosa ferramenta para a melhoria da atenção.

A partir do aprendizado obtido no percurso da intervenção, tivemos oportunidade de apreciar quanto se facilitam as tarefas e quanto mais rápidas e ordenadas são os atendimentos em geral quando cada um dos integrantes da equipe conhecem suas competências e atribuições. Evitam-se, assim, repetições desnecessárias e o fluxo dos atendimentos fica mais bem categorizado e priorizado.

Conseguí interagir, com facilidade, com os demais integrantes do curso a partir da minha participação nos fóruns das Unidades, compartilhando experiências e, muitas vezes, ajudando a resolver questões e dúvidas comuns.

Aprendi o quanto é importante, na modalidade de educação à distância, a interação com os orientadores nos espaços de diálogo, conseguindo compartilhar

opiniões e discutir dificuldades, retirar dúvidas. Seria impossível, sem dúvida alguma, realizar o curso sem esta ajuda fundamental.

Consegui padronizar as consultas em concordância com o preconizado pelos manuais específicos de cada temática, familiarizando-me com a utilização de protocolos e linhas acadêmicas de atuação. Estas questões acadêmicas são muito importantes na hora de garantir aos usuários do SUS uma qualidade nos atendimentos de forma igualitária e com os aspectos de integralidade bem atendidos e aplicados nas consultas.

Tenho desenvolvido habilidades importantes na hora de completar um atendimento de qualidade dos usuários a partir da leitura do material bibliográfico fornecido pelo curso e a partir dos Manuais do MS, o que é ainda mais importante no caso dos profissionais estrangeiros, que nem sempre conhecem algumas questões regionais.

Além disto, aprendi a compartilhar com colegas, orientadores e professores as vantagens da participação frequente no espaço virtual de aprendizado, troca de ideias, experiências e dúvidas, especialmente quando algumas coisas fracassavam, ou tínhamos que adiar ações propostas, quando férias ou ausências atrapalhavam o planejamento, fazendo destas situações uma lição.

A partir deste curso de especialização consegui incorporar na minha “mala de conhecimentos” questões básicas, às vezes esquecidas ou subvalorizadas, da estratégia de atenção à saúde das famílias que a partir de agora serão companheiras de viagem permanentes no meu percurso pela atenção básica.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

_____. _____. _____. _____. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431850&search=rio-grande-do-sul|sao-jose-do-norte|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SAGE. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. 2015. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 25 ago. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

Anexos

Anexo A - Planilha de coleta de dados

[illegible]



Anexo B - Ficha espelho

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____
 Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não
 Nome do cuidador _____ Telefones de contato: ____/____/____
 Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não
 Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

[illegible][illegible]

Anexo C - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante